

Sosiaali- ja terveyspalvelut Satakunta

TIEDOSTA ARVIOINTIIN

tavoitteena paremmat palvelut

Asiantuntija-arvio, kevät 2018

THL:n asiantuntijaryhmä



Toimeksianto ja toteutus

Valtiovarainministeriö koordinoi syksyllä 2018 päättyvää maakuntatalouden simulaatioharjoitusta. Sen avulla testataan maakuntien talous- ja ohjausprosessia ja talouspäätösten tekemistä uudessa järjestelmässä. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa harjoituksessa maakuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausta koskevasta osuudesta.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on koonnut simulaatioharjoituksessa käytettävän tietopohjan ja antaa tässä raportissa asiantuntija-arvion tulevan maakunnan suoriutumisesta sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä. Asiantuntija-arvion tuottamisesta on vastannut [THL:n asiantuntijaryhmä](#). Harjoituksessa saatavaa tietoa ja kokemuksia tullaan hyödyntämään maakuntien arvioinnin kehittämässä. Arviointiharjoituksella ei ole vaikutusta tulevien maakuntien rahoituksen määräytymiseen.

ARVIOINNIN SISÄLTÖ POHJAUTUU LAINSÄÄDÄNTÖÖN

Arvioinnin sisältö rakentuu maakunnan suoriutumiskyvyn ulottuvuuksista, joita ovat palvelujen saatavuus, laatu ja vaikuttavuus, asiakaslähtöisyys ja yhdenvertaisuus. Arvioinnissa on paneuduttu myös eri sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäväkokonaisuuksiin ja otettu huomioon maakunta- ja sote-uudistuksen lakiesitysten tarkoituspykälissä mainitut tavoitteet, valinnanvapautta koskevan lakiluonnoksen tavoitteet sekä keskeisistä sisältölaeista johdetut kokonaisuudet.

ARVIOINNIN TIETOLÄHTEET MONIPUOLISIA

Arvioinnin tietolähteinä käytettiin maakuntien tuottamaa tietoa sote-valmistelun suunnittelusta, tulevien maakuntien hallinnosta järjestäjänä, organisaatiosta ja toimintatavoista. Indikaattoritietoa koottiin THL:n, Tilastokeskuksen ja eräiden muiden organisaatioiden tietovarannoista. Indikaattoreita voi tarkastella Sotkanetissa kohdasta [Maakuntien seuranta ja arviointi \(simulaatioharjoitus\)](#). Osana arviointia THL:n asiantuntijat vierailivat kaikissa maakunnissa ([ks. Ajankohtaista arvioinnista](#)). Arvioinnissa ei ole käytetty valvontaviranomaisen raportteja, koska riittäviä maakuntakohtaisia tietoja ei ollut saatavilla.

HARJOITUS KOKOAA KOKEMUKSIA

THL:n tavoitteena simulaatioharjoituksessa oli pyrkiä mahdollisimman todenmukaiseen arvioinnin toteutukseen. Arvioinnissa käytettävät tiedot koottiin saatavilla olevista vertailukelpoisista tietolähteistä. Kyseessä oli myös arviointitiedon kokoamiseen ja käyttöön liittyvä harjoitus, jolloin arviointitulokset ovat lähinnä suuntaa-antavia ja jatkokeskustelua tukevia. Harjoitus toi esiin hyvin sekä arviointiprosessin että tietopohjan kehittämistarpeita. Tulevaisuudessa kattavamman ja ajantasaisemman tietopohjan avulla maakuntien arvioinnissa päästään tarkempiin lopputuloksiin. THL:n sote-tietopohjan kehittämishanke työskentelee näiden haasteiden parissa.

Järjestämislakiluonnoksen (HE 15/2017, § 30 ja 31) mukaan THL:lle on tulossa lakisääteinen maakuntien seuranta- ja arviointitehtävä. Varsinainen arviointitoiminta käynnistyy keväällä 2018. Arviointi on jatkossa oleellinen osa valtakunnallista ohjausjärjestelmää ja se tuottaa pohjatietoa maakuntien omalle ohjaustoiminnalle.

Pekka Rissanen
Arviointijohtaja

Pia Maria Jonsson
Johtava asiantuntija

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Sisällys

Toimeksianto ja toteutus	1
Keskeiset havainnot.....	3
Palvelujen järjestämisen yleiset edellytykset	4
Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset	8
 Tehtäväkokonaisuuksien arviot	
Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen	10
Ennaltaehkäisevät palvelut	11
Perusterveydenhuolto	12
Mielenterveys- ja päihdepalvelut	13
Erikoissairaanhoito	15
Lasten, nuorten ja perheiden palvelut.....	16
Työikäisten sosiaalipalvelut.....	18
Vammaispalvelut	19
Ikäihmisten palvelut	20
 Ulottuvuuskohtaiset arviot	
Saatavuus.....	22
Laatu ja vaikuttavuus	23
Asiakaslähtöisyys	24
Yhdenvertaisuus.....	25
 Kansalliset lähteet	26
Alueelliset lähteet.....	26

Maakuntien seurannan ja arvioinnin vastuuhenkilönä on toiminut professori Pekka Rissanen, arviointityötä on koordinoanut Kimmo Parhiala.

Alueellisina arviointipäälliköinä ovat toimineet

Jonsson, Pia Maria (Pohjanmaa, Satakunta, Varsinais-Suomi)
 Jousilahti, Pekka (Etelä-Savo, Keski-Suomi, Pohjois-Karjala, Pohjois-Savo)
 Kovasin, Merja (Etelä-Pohjanmaa, Kanta-Häme, Pirkanmaa)
 Kärkkäinen, Jukka (Etelä-Karjala, Kymenlaakso, Päijät-Häme, Uusimaa)
 Syrjä, Vesa (Kainuu, Keski-Pohjanmaa, Lappi, Pohjois-Pohjanmaa)

Tehtäväkokonaisuus- ja ulottuvuuskohtaisten osioiden kirjoitukseen ovat osallistuneet

Aalto, Anna-Mari; Ahola, Sanna; Alastalo, Hanna; Autio, Eva; Blomgren, Sanna; Elonsalo, Ulpu;
 Forsell, Martta; Hakulinen, Tuovi; Halme, Nina; Hammar, Teija; Hastrup, Arja; Heino, Tarja; Hetemaa, Tiina;
 Hietanen-Peltola, Marke; Honkatukia, Juha; Häkkinen, Unto; Ikonen, Riikka; Kapiainen, Satu; Karvonen, Sakari;
 Kehusmaa, Sari; Kilpeläinen, Katri; Krohn, Minerva; Kuussaari, Kristiina; Lammi-Taskula, Johanna; Linnanmäki, Eila;
 Liukko, Eeva; Lounamaa, Anne; Luoto, Eija; Lyytikäinen, Merja; Martelin, Tuija; Muuri, Anu; Mäklin, Suvi;
 Nurmi-Koikkalainen, Päivi; Parikka, Suvi; Partanen, Airi; Reissell, Eeva; Sainio, Salla; Seppänen, Johanna;
 Sihvo, Sinikka; Siukola, Reetta; Ståhl, Timo; Suvisaari, Jaana; Viertiö, Satu.

Keskeiset havainnot

Arvioinnissa on suuria rajoitteita, ja sen tuloksia voidaan pitää enintään suuntaa antavina. Simulaatioharjoituksessa arvioitiin maakunnan sosiaali- ja terveyspalveluja sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. Kunnat järjestävät ja tuottavat palveluita kuitenkin eri tavoin. Maakuntien toimintaa voidaan arvioida totuudenmukaisesti vasta, kun järjestämisvastuu alueen palveluista on siirtynyt niille.

Arvioinnissa käytetty tietopohja on vielä monien arviointitulottuvuuksien osalta vajavainen, ja tiedot ovat peräisin vuosilta 2015–2017. Harjoituksen lyhyen keston vuoksi kaikkia arvioinnin sisältöjä ei ole voitu käydä läpi yhdessä maakuntien kanssa. Arviointi ei myöskään kata kaikkia sosiaali- ja terveyspalveluja. Jatkossa arvioinnin tietopohja laajenee, ja kaikki talous- ja toimintatiedot pyritään kokoamaan samalta vuodelta. Erilaisista raportointikäytännöistä johtuvat epätarkkuudet vähenevät jatkossa, kun maakunnat ovat tietoisia kriteereistä, joiden perusteella niiden toimintaa arvioidaan.

Satakunnan väestönkehitys on pitkään ollut taantuvaa, ja väestöennusteiden mukaan lievä negatiivinen kehitys jatkuu. Väestöllinen huoltosuhde on maan keskiarvoa korkeampi, ja taloudellinen huoltosuhde on maakuntien keskitasoa. VM:n laskelmien mukaan maakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen taso tulee sote-uudistuksen yhteydessä laskemaan noin 72 euroa asukasta kohden, mikä maakunnallisessa vertailussa olisi neljänneksi suurin vähennys koko maassa ja viittaa palvelujärjestelmän sopeuttamistarpeisiin.

Maakunnan väestön terveydentila on yleisellä sairastavuuden mittarilla maan keskitasoa. Asukkaista toimeentulotukea sai vuoden aikana 5,6 prosenttia; vastaava osuus koko maassa oli 7,2 prosenttia.

Perusterveydenhuollon avohoidon (pois lukien suun terveydenhoito) nettokäyttökustannukset olivat 366 euroa asukasta kohden, mikä on lähellä maan keskiarvoa. Perusterveydenhuollon vastaanottokäyntejä oli asukasta kohden hiukan enemmän kuin maassa keskimäärin; lääkärikäyntejä oli 12 prosenttia enemmän, mutta muita kuin lääkärikäyntejä 11 prosenttia vähemmän. Hoitotakuu toteutui kohtalaisesti.

Mielenterveyspalveluissa sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon avohoitokäyntejä oli asukaslukuun suhteutettuna jonkin verran maan keskiarvoa enemmän. Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivien määrä oli maan keskiarvoa alhaisempi 18–24-vuotiaiden ikäryhmässä, lähellä maan keskiarvoa 25–64-vuotiaiden ikäryhmässä ja maan keskiarvoa alhaisempi 65 vuotta täyttäneillä.

Somaattisen erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannukset olivat koko maan lukuihin suhteutettuina edulliset: 1 084 euroa asukasta kohden ja kustannusindeksi 95,4. Maakunnan erikoissairaanhoidon painottui vuodeosastohoitoon: hoitajaksojen ja -päivien määrät olivat korkeimpia koko maassa ja hoitajakson kesto oli toiseksi pisin. Päivystyskäyntien määrä on maakuntien keskitasoa. Erikoissairaanhoidon yli puoli vuotta odottaneita on maakunnassa enemmän kuin maassa keskimäärin. Tarkasteluun valittujen laatumäärien osalta maakunnan tulokset ovat keskitasoa.

Viitosrokotteiden rokotussarjan oli vuonna 2014 syntyneistä lapsista saanut 94,9 prosenttia. Seuranassa kaikki Satakunnan kunnat ilmoittivat, että kaikille lasta odottaville ja lapsille järjestetään lainmukainen laaja terveystarkastus. Lastensuojelussa palveluntarpeen arvioinneista 93 prosenttia oli valmistunut kolmen kuukauden sisällä; lain edellyttämä valmistumisaika toteutui keskimääräistä heikommin. Kiireellisiä sijoituksia oli enemmän kuin maakunnassa keskimäärin, ja huostassa olleiden osuus vastaavanikäisestä väestöstä oli keskimääräistä korkeampi.

Ikääntyneen väestön toimintakyky on Satakunnassa vähän maan keskitasoa heikompi. Palvelurakenne painottuu hieman keskivertoa enemmän tehostettuun palveluasumiseen ja laitoshoidon. Säännöllisen kotihoidon kattavuus on maan keskitasoa. Asiakas saa Satakunnassa keskimäärin 13 kotikäyntiä viikossa, mikä on maan keskitasoa. Noin kahdella kolmesta kotihoidon asiakkaasta on mahdollisuus saada ympärivuorokautista kotihoitoa, kun vastaava osuus koko maassa on keskimäärin 78 prosenttia.

Palvelujen järjestämisen yleiset edellytykset

Maakunnan alue ja sen väestö

Satakunta on väkiluvultaan maan seitsemänneksi suurin maakunta, jossa asuu noin 222 000 asukasta. Maakunnassa on 17 kuntaa, jotka jakautuvat kolmeksi seutukunnaksi: Rauman seutukunta (Rauma, Eura, Eurajoki, Säskylä; yhteensä noin 65 000 asukasta), Porin seutukunta (Pori, Merikarvia, Pomarkku, Ulvila, Nakkila, Huittinen, Harjavalta, Kokemäki; noin 138 000 as.) ja Pohjois-Satakunnan seutukunta (Kankaanpää, Honkajoki, Jämijärvi, Karvia, Siikainen; noin 19 000 as.). Maakunnan taajama-aste on maan yhdeksänneksi korkein, 83,1 prosenttia.

Maakunnan alue vastaa Satakunnan sairaanhoitopiirin aluetta. Tulevassa sote-palvelujärjestelmässä Satakunta, Varsinais-Suomi ja Pohjanmaa muodostavat yhteistyöalueen, jonka yliopistollista sairaalaa ylläpitää Varsinais-Suomen maakunta.

Satakunnan väestönkehitys on pitkään ollut taantuvaa. Ajanjaksolla 1993–2016 maakunnan väestö väheni 7,4 prosenttia, kun koko maan väestö samana ajanjaksona kasvoi 8,4 prosenttia. Sotkanetissä julkaistun väestöennusteen mukaan lievä negatiivinen kehitys jatkuu ja vuonna 2030 maakunnan asukaslukumäärä on noin 217 900 henkeä. Tilastokeskuksen vastaavan ennusteen mukaan asukasmäärä olisi tuolloin 222 165 henkeä.

Satakunnan väestöstä 25,3 prosenttia on täyttänyt 65 vuotta. Väestöllinen huoltosuhde vuonna 2016 oli 67,7, kun se koko maassa oli 59,1. Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan huoltosuhde vuonna 2030 olisi Satakunnassa 79,4 ja koko maassa 69,2.

Valtaenemmistö Satakunnan väestöstä on suomenkielisiä, ja vain vajaat 800 henkilöä puhuu äidinkielenään ruotsia. Noin 6 700 henkeä (3,0 %) puhuu äidinkielenään muuta kieltä kuin suomea tai ruotsia. Satakunnan väestön koulutusaste on maakuntien keskitasoa matalampi; korkea-asteen tutkinnon suorittaneiden osuus on 25,0 prosenttia (Manner-Suomen maakunnista 6. pienin) ja vähintään toisen asteen tutkinnon suorittaneiden osuus on maakunnista pienin, 68,5 prosenttia.

THL:n ikävakioimaton sairastavuusindeksi, joka kuvaa alueen väestön sairastavuutta ja heijastelee palvelutarvetta suhteessa koko maan tasoon, oli Satakunnassa vuonna 2014 Manner-Suomen maakuntien keskitasoa, 103,4.

Yhteensä 8 340 kotitaloutta sai vuonna 2016 toimeentulotukea Satakunnassa. Toimeentulotukea sai vuoden aikana 5,6 prosenttia, kun vastaava osuus koko maassa oli 7,2 prosenttia.

Alueellinen vauraus

Bruttokansantuote oli vuonna 2015 Satakunnassa 36 143 euroa asukasta kohden, kun se koko maassa oli 38 248 euroa. Taloudellinen huoltosuhde oli Satakunnassa Manner-Suomen maakunnista 9. paras, 161, ja kymmenen vuotta aiemmin se oli ollut 10. paras, 147.

Työllisyysaste oli vuonna 2016 Satakunnassa 67,9 prosenttia (koko maassa 68,7 %). Työllisyysasteen muutos vuosina 2016–2017 (kolmas vuosineljännes) oli +1,9 prosenttia, mikä oli maakuntien keskiarvoa positiivisempi kehitys. Työttömyysaste oli joulukuussa 2017 Satakunnassa 11,3 prosenttia, mikä oli hiukan koko maan tasoa (11,2 %) korkeampi. Samana ajankohtana pitkäaikaistyöttömien osuus työvoimasta oli hiukan maan keskiarvoa (3,5 %) matalampi, 3,3 prosenttia.

Satakunnan talouskehitykseen on vaikuttanut etenkin meriteollisuuden arvonalistuksen lasku. Toimialoittaista arvonalistusta on viime vuosina ollut havaittavissa mm. metallinjalostuksessa, energiantuotannossa ja julkishallinnossa. Vuoden 2017 ensimmäisen vuosipuoliskon aikana talous- ja työllisyysnäkyvät paranivat jonkin verran ja niin teknologiateollisuuden vienti kuin teollisuuden työvoima alkoivat pitkästä ajasta kasvaa.

Palveluelinkeinojen osuus maakunnan työpaikoista oli vuoden 2015 lopussa 67 prosenttia, jalostusteollisuuden 29 prosenttia ja alkutuotannon 4 prosenttia.

Palvelujärjestelmän toiminnan edellytykset

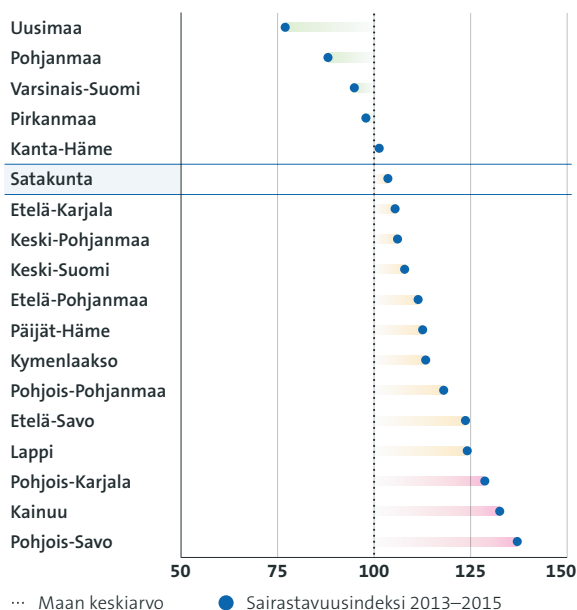
Maakunnan organisoituminen

Satakunnan sote-uudistuksen valmistelussa keskeisessä asemassa ovat Satakunnan 17 kuntaa, Pohjois-Satakunnan peruspalvelukuntayhtymä, Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymä, Satakunnan sairaanhoitopiiri sekä Satakuntaliitto. ”Satasoten” valmistelu toteutettiin ensimmäisessä esivalmisteluvaiheessa pääosin työryhmytyöskentelyn kautta. Valmistelua johti ohjausryhmä, jonka alaisuuteen asetettiin johtoryhmä, palvelurakennetyöryhmä ja 18 valmisteluvaiheita johtava työryhmä.

Valmistelutyöryhmissä oli mukana noin 500 henkilöä, jotka ovat sosiaali- ja terveydenhuollon ja

Kuvio 1

THL:n sairastavuusindeksi, ikävakiomaton (2013–2015).



muiden alojen asiantuntijoita, luottamushenkilöitä, kolmannen sektorin toimijoita sekä yrittäjäjärjestöjen edustajia. Lähtökohtana oli asukkaiden ja henkilökunnan kuuleminen ja parannusideat.

Toinen esivalmisteluvaihe käynnistyi 1.7.2017. Satakunnan väliaikainen valmistelutoimielin (VATE) on nimetty ja valmistelee uuden maakuntaorganisaation suunnittelua heinäkuusta 2017 kesäkuuhun 2018. Maakunnassa on tietoisesti haluttu toimia ikään kuin lakiesitys olisi jo voimassa. Maakunnan ja sen sosiaali- ja terveydenhuollon organisointia suunniteltaessa on kuitenkin vielä odoteltu hallituksen valinnanvapauslinjauksia.

Vapaaehtoinen poliittinen ohjausryhmä tukee väliaikaisen valmistelutoimielimen työtä. Koska väliaikaishallinto tehnee 1.6.2018 alkaen maakuntia sitovia, henkilöstöä koskevia päätöksiä ja sopimuksia, väliaikaishallinto perustaa väliaikaisen yhteistoimintaelimen toimikaudeksi, joka on 1.6.2018–31.12.2019. Ennen tätä väliaikainen YT-elin toimii epävirallisesti.

Maakunta- ja sote-uudistuksen valmistelun raiteet yhdistettiin 1.7.2017. Mukana on laaja yhteistyöverkosto, johon kuuluu mm. järjestöjä ja Kela. Maakunnan valmistelua varten on perustettu useita valmisteluryhmiä ja niiden alaryhmiä. Tavoitteena on ollut sitouttaa osallisia, eikä ulkopuolisia asiantuntijoita ole käytetty.

Työryhmien toimeksiantoja ja kokoonpanoa tarkistettiin syksyllä 2017, ja uuden toimintasuunnitelman mukainen työskentely käynnistyi lokakuussa. Sote-hankkeet, joissa tehdään maakuntauudistusta,

käynnistyivät pääosin huhti–toukokuussa 2017, ja ne etenevät oman suunnitelmansa mukaisesti osana kokonaisvalmistelua. Tällä hetkellä valmistelua tehdään 15 sote-tuva-työryhmässä alatyöryhmineen sekä 12 hankkeessa. Hankkeistusta hyödynnetään valmistelussa jatkossakin koordinoidusti osana muuta valmistelutyötä.

Valmistelutyön tavoitteena on luoda yhtenäiset toimintamallit ja -prosessit maakunnan kaikkiin sote-palveluihin. Työtä ohjaavat keskeisesti asiakaslähtöisyyden ja integraation tavoitteet. Lisäksi valmistelussa huomioidaan läpileikkaavia teemoja kuten valinnanvapauden laajeneminen, digitalisaatio, sähköiset ja mobiilipalvelut osana tulevia prosesseja sekä toimintakulttuurin muutos. Tutkimus-, kehittämis- ja innovaatio-toimintaa varten on olemassa erillinen moniammatillinen työryhmä, jonka rooli nähdään keskeisenä tiedolla johtamisessa.

Neljätoista työryhmää ja seitsemän hanketta jätti tilanneraporttinsa valmistelun etenemisestä maakuntahallitukselle tammikuussa 2018. Valmistelu jatkuu suunnitelmien mukaisesti. Tarkoituksena on esittää toukokuussa 2018 VATE:lle ja poliittisille päätöksentekielimille sote-palveluiden toimintamalli- ja prosessikuvaus, ensimmäisiä esityksiä tulevista organisointi- ja resurssimallinnuksista, ehdotuksia tulevista työkaluista ja niiden hankinnasta sekä selvityksiä mm. asiakkaiden palvelutarpeista, asiakassegmenteistä ja digitaalisuudesta. Esitykset pohjustavat näin ehdotusta palveluverkosta.

Taloudelliset edellytykset

Satakunnassa sosiaali- ja terveydenhuollon netto-menot olivat 3 238 euroa asukasta kohti. Tämä oli 6 prosenttia enemmän kuin koko maassa keskimäärin. Alueen palvelutarve oli kuitenkin keskimääräistä suurempi (tarvekerroin 1,05), minkä vuoksi tarvevakioidut menot olivat prosentin suuremmat kuin koko maassa keskimäärin. Kun tarkastellaan menoja ilman sosiaalihuoltoa, tarvevakioidut menot olivat 6 prosenttia suuremmat kuin koko maassa keskimäärin.¹

1 Tarvevakioidusta menoista nähdään, miten maakuntien menot suhteutuvat muiden maakuntien menoihin tai maan keskiarvoon. Tarvetekijöinä on huomioitu ikä- ja sukupuolirakenne, sairastavuus ja sosioekonominen asema.

Tarvevakioitujen menojen perusteella ei voi tehdä suoria johtopäätöksiä toiminnan kustannusvaikuttavuudesta. Laskennallinen tarvekerroin ei huomioi kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon menoihin vaikuttavia tekijöitä. Tarvevakioitujen menojen laskennassa ei myöskään huomioida alueiden välisiä eroja yksityisten palveluiden tai työterveyspalveluiden saatavuudesta. Toisin sanoen, jos maakunnan tarvevakioidut menot ovat alhaiset, se voi johtua esimerkiksi tehokkuudesta tai huonosta julkisten palveluiden saatavuudesta tai runsaasta yksityisten palveluiden tai työterveyspalveluiden käytöstä. Jos maakunnan tarvevakioidut menot poikkeavat merkittävästi maan keskiarvosta, tulee muiden indikaattorien avulla tarkastella tarkemmin, mistä tämä voisi johtua. Tarvevakioituja menoja ei voi suoraan verrata aikaisempien vuosien tietoihin.

Kuvio 2

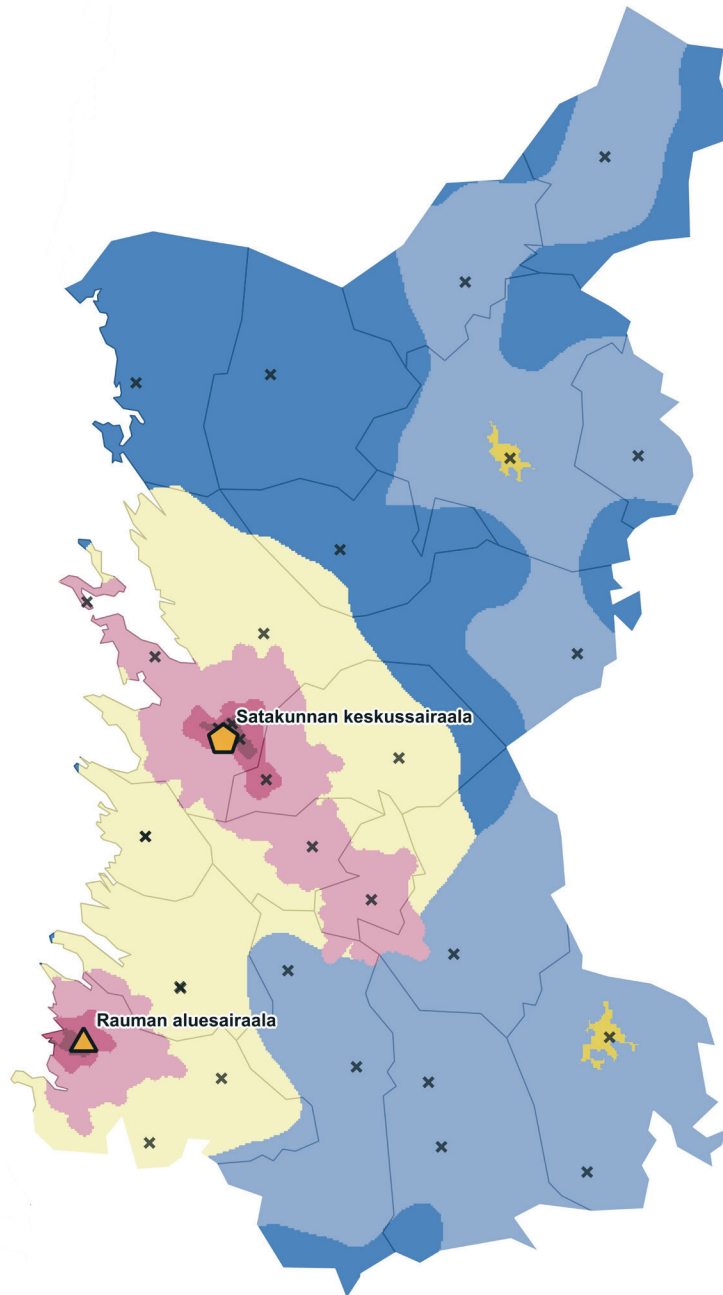
Satakunnan maakunnan terveydenhuollon palveluverkko ja kaupunki–maaseutu-luokitus (SYKE)

Kaupunki–maaseutu luokitus

- Sisempi kaupunkialue
- Ulompi kaupunkialue
- Kaupungin kehysalue
- Maaseudun paikalliskeskukset
- Kaupungin läheinen maaseutu
- Ydinmaaseutu
- Harvaan asuttu maaseutu

Terveydenhuollon palveluverkko

- Laajan päivystyksen sairaala (yliopistollinen)
- Laajan päivystyksen sairaala
- Päivystävä sairaala
- Muu sairaala
- Terveyskeskus tai -asema



Valtiovarainministeriön laskelman (18.5.2017) mukaan Satakunnan sote-toiminnan, pelastustoimen ja ympäristöterveydenhuollon yhteenlaskettu rahoitus pienenee viiden vuoden siirtymäkauden kuluessa merkittävästi. Vuoteen 2019 verrattuna vähennys vuodesta 2024 alkaen on noin 72 euroa asukasta kohden, mikä maakunnallisessa vertailussa olisi neljänneksi suurin vähennys. Samalla yhteistyöalueella Varsinais-Suomen vähennys olisi maan suurin, 103 euroa asukasta kohden, kun Pohjanmaan vähennys olisi euron asukasta kohden. Laskelma viittaa sote-järjestelmän sopeuttamistarpeisiin Satakunnassa.

Palveluverkko

Satakunnan sote-palveluverkon pääpiirteitä on esitetty kuviossa 2. THL:n selvityksen (2017) mukaan maakunnan alueella toimi tuolloin 29 kunnallista ja kaksi ulkoistettua terveysasemaa.

Satakunnan sairaanhoitopiirillä on erikoissairaanhoidon palvelutuotantoa Satakunnan keskussairaalassa Porissa ja Harjavallan sairaalassa sekä useissa psykiatrisen erikoissairaanhoidon toimipaikoissa maakunnassa. Tämän lisäksi erikoissairaanhoidon palveluita on saatavilla Rauman aluesairaalan tiloissa

ja Satalinnan sairaalassa. Sairaanhoidopiiriin kuuluu myös sosiaalipalvelujen toimialue, joka on keskittynyt kehitysvammapalveluihin (ent. erityishuoltopiiri). Nämä toiminnot ovat keskittyneet Antinkartanon kuntoutuskeskukseen Ulvilassa sekä useisiin palveluasuntoihin maakunnassa.

Sairaanhoidopiirin liikelaitos SataDiag tuottaa lääkehuoltoa ja diagnostisia palveluja. Toimialaan kuuluvat lisäksi tartuntatautien ehkäisyyn ja hygieniaan liittyvät palvelut. Asiakkaita ovat Satakunnan sairaanhoidopiirin omat sekä piirin ulkopuoliset terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yksiköt.

Valinnanvapauslain säädännön toteutumisen ja palvelujen saatavuuden kannalta yksityisillä palveluyrityksillä voi olla keskeinen merkitys. Terveys- ja sosiaalialan yrityksiä on TEM:n toimialaraportin (syksy 2017) mukaan eniten suurimmissa kasvukeskuksissa, Uudellamaalla, Varsinais-Suomessa, Pirkanmaalla ja Pohjois-Pohjanmaalla. Vain Uudellamaalla ja Pirkanmaalla toimi useita suuria yrityksiä, joissakin muissa maakunnissa yksi tai kaksi yritystä, Satakunnassa ei yhtään. Keskisuuria yrityksiä löytyi maakunnista tasaisemmin, ja pieniä yrityksiä oli kaikissa maakunnissa. Vuonna 2015 terveystalvetalan yritysten toimipaikkamäärä Satakunnassa oli 573 (vrt. Varsinais-Suomessa 1 545, Pohjanmaalla 397). Sosiaalihuollon laitospalvelujen toimipaikkamäärä oli Satakunnassa 92 (Varsinais-Suomessa 156, Pohjanmaalla 25), ja sosiaalihuollon avopalvelujen toimipaikkoja oli Satakunnassa 134 (Varsinais-Suomessa 275, Pohjanmaalla 49).

Henkilöstöresurssit

Sote-uudistuksen yhteydessä kuntasektorilta maakuntiin siirtyvän sote-henkilöstön lukumääräksi on Satakunnassa arvioitu noin 8 900 henkeä. Vuoden 2017 syksyllä julkaistun ammattibarometrin mukaan Satakunnassa on sote-henkilöstöpulaa erityisesti hammaslääkäreistä, lääkäreistä, farmaseuteista, psykologeista ja sosiaalityön erityisasiantuntijoista. Ammattiryhmät ovat paljolti samoja kuin ne, joista on pulaa myös naapurimaakunnissa ja erityisesti kaupungeissa. Hoitotyön osalta henkilöstön saatavuus Satakunnassa oli parempi, mutta pulaa oli lähihoitajista.

Satakunnassa ei ole omaa yliopistoa, mutta sekä Turun että Tampereen yliopistoilla on opetusta Porissa. Maakunnan kaksi ammattikorkeakoulua ottavat vuosittain noin 150 uutta sosiaali- ja terveystalvetalan opiskelijaa. Koulutuksen saatavuuden kannalta eduksi voidaan Satakunnassa lukea myös se, että välimatkat Varsinais-Suomen ja Pohjanmaan koulutuspaikkoihin ovat suhteellisen lyhyet ja yhteydet toimivat.

ICT-ratkaisut

Satakunnan tulevan soten ICT-valmistelu on meneillään omassa työryhmässään. Valtakunnan tason ja maakunnan tehtäväjaon epäselvyys hankaloittaa työtä, ja valmistelijat ovat kaivanneet linjauksia siitä, mitä kokonaisuudesta jää maakunnalle. ICT-palvelukeskus on kolmen maakunnan yhteinen.

Sosiaali- ja terveystaloudet kustannukset

Sosiaali- ja terveystaloudet kustannusten kehitys

Sosiaalipalveluiden ja terveydenhoidon kustannuksia on arvioitu menetelmin, joita on pitkään käytetty EU:n fiskaalisen kestävyysmetodologian mukaisesti näiden palveluiden menopaineen kehityksen arvioinnissa. Metodologia kattaa sosiaalipalveluiden, terveydenhoidon ja tulonsiirtojen rakenteen varsin yksityiskohtaisesti. Sen ytimessä on menojen linkittäminen eri ikäryhmiin, jolloin väestöennusteen perusteella on arvioitavissa, kuinka palvelujen volyymi kehittyy tulevaisuudessa. Arvioon liitetään myös oletuksia reaali-palkkojen ja inflaation kehityksestä, jotka fiskaalisen kestävyysmetodologian arvioinnissa linkittyvät nekin yhteiseen EU-metodologiaan. EU-metodologia ei ulotu käytettyihin laskentamalleihin asti, ehkä siksikin, että hyvinvointipalvelujen ratkaisuihin on EU-maiden välillä suuria eroja. Suomessa hoiva-alojen ja tulonsiirtojen kokonaisuutta arvioidaan SOME-mallilla.

Simulaatioharjoitusta varten SOME-malli on alueellistettu, ja sitä käytetään aluksi sosiaalipalveluihin ja terveydenhoitoon sivuuttaen tulonsiirrot ja mm. eläkkeet. Arviointi kattaa keskeiset laitospalvelut ja avohoidon palvelumuodot sekä perusterveydenhoidon ja erikoissairaanhoidon eri muodot. Arvioinnissa on käytetty tuoreimpia, kuntatilastosta koottuja laskennallisia

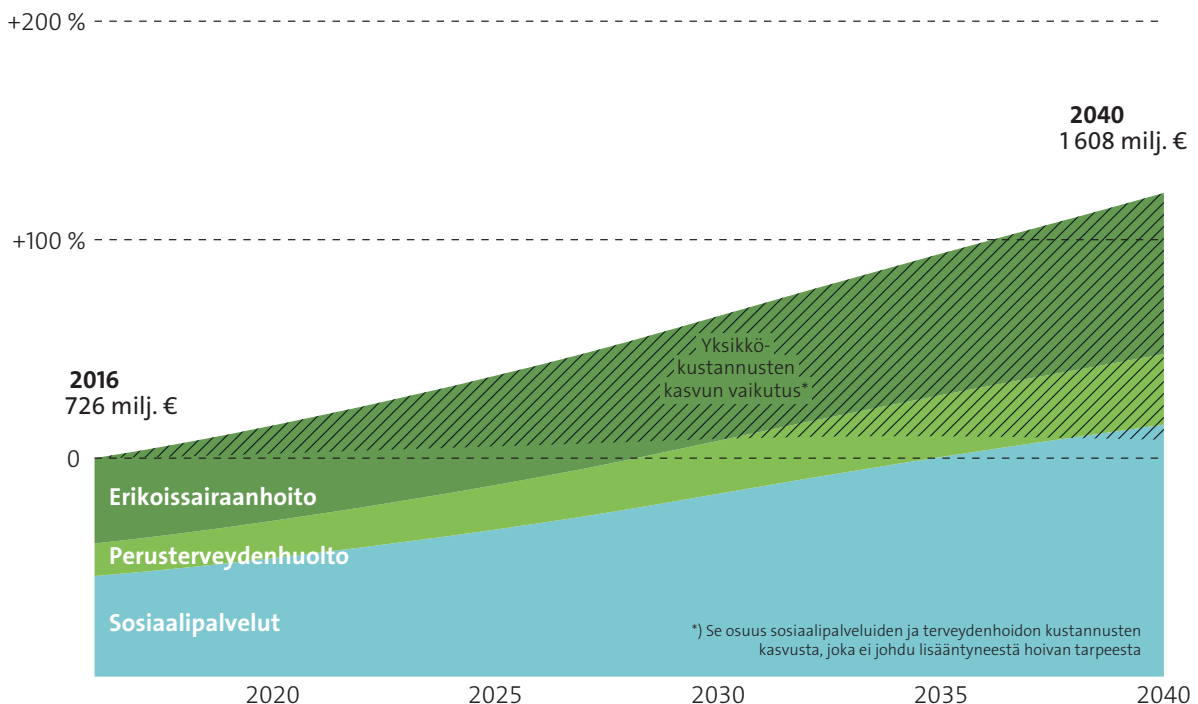
nettokustannustietoja, jotka kattavat vuoden 2016. Suurimpina menoerinä koko maan tasolla erottuvat erikoissairaanhoidon sairaalahoito (noin 3 miljardia euroa) ja avohoito (noin 2,3 miljardia euroa) sekä toisaalta vanhusten ja vammaisten eriaistiset asumis- ja laitoshoidot, joiden yhteiskustannukset ovat lähes erikoissairaanhoidon luokkaa.

Tässä vaiheessa malli on toteutettu nykyisen maakuntajaon mukaisesti; maakuntien kustannuksista on käytettävissä ajantasaista tietoa. Aluejako on suhteellisen helposti päivitettävissä järjestämisvastuita vastaavaksi. Sen sijaan eri toimenpiteiden ja niiden kustannusten jakautumisesta väestön ikäluokkien välillä ei vielä ole ollut käytettävissä kattavaa alueellista tietoa. Tässä on siksi oletettu, että jakauma maakunnissa vastaa koko maan jakaumaa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että arvioinnissa voi syntyä eroja maakuntien välillä vain väestön ikärakenteesta tapahtuvien muutosten vuoksi.

Kuviossa on esitetty arvio sosiaali- ja terveystaloudet kustannusten kehityksestä Satakunnassa vuosina 2016–2040. Kuvioon on koottu kustannukset pääluokittain. Oletuksena on, että kaikissa pääluokissa vuotuinen reaali-palkkojen ja kuluttajahintojen kautta syntyvä kustannuspaine on yhteensä kolme prosenttia. Lisäksi siihen on kuvattu pelkästään ikärakenteen muutoksesta johtuva kasvu. Näillä oletuksilla koko maan kustannukset kasvavat vuoteen 2030 mennessä 77 prosenttia ja väestö 4,6 prosenttia; vanhusväestön määrä kasvaa reilut 30 prosenttia. Vuoteen 2040 koko maan kustan-

Kuvio 3

Arvio sosiaali- ja terveystaloudet kustannusten kehityksestä Satakunnan maakunnassa vuosina 2016–2040.



nukset puolitoistakertaistuvat, kun taas väestö kasvaa 6,4 prosentilla ja vanhusväestö lähes 37 prosentilla.

Sosiaali- ja terveystalveten kustannusten ennakoidaan Satakunnassa kasvavan vuodesta 2016 vuoteen 2030 noin 65 prosentilla ja vuosina 2016–2040 kaikkiaan noin 121 prosentilla. Maakunnan väestö supistuu vuosina 2016–2030 hieman, noin 2,2 prosentilla. Väestö ei kasva enää 2030-luvulla, ja vuoteen 2040 mennessä se on ennusteen mukaan supistunut noin neljällä prosentilla vuodesta 2016. Vanhusväestön määrä kasvaa lähes 18 prosentilla vuoteen 2030 mennessä mutta alkaa supistua 2040-luvulla. Väestön määrän kääntyminen laskuun hillitsee Satakunnan kustannusten kasvua koko maan keskiarvoon verrattuna.

Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioitujen menot ja tuottavuus

Erikoissairaanhoidon asukaskohtaisia kustannuksia voidaan tarkastella suhteessa alueiden palvelutarpeeseen. Somaattisen erikoissairaanhoidon kustannuksiin vaikuttavat tekijät voidaan jakaa kahteen osaan: palvelujen käyttöön ja tuottavuuteen. Palvelujen käytöllä tarkoitetaan sitä, kuinka paljon alueen väestö on käyttänyt palveluja suhteessa maan keskitasoon. Palvelujen käyttöä mitataan niin sanotuilla painotetuilla hoitotapioideilla¹, jotka huomioivat alueiden erilaiset potilasrakenteet. Tuottavuus taas kuvaa sitä, kuinka edullisesti alueen potilaat on hoidettu. Tuottavuutta mitataan painotettujen tapioiden kustannuksilla.

Tarvevakioinnilla otetaan puolestaan huomioon alueiden erot ikärakenteen, sairastavuuden sekä tiettyjen sosioekonomisten tekijöiden välillä. Erikoissairaanhoidon tarvetta selittää osin eri tekijät kuin yleistä sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetta, ja tähän on laskettu eri tarvekerroin². Jakamalla laskennalliset kustannukset (asukasta kohti) erikoissairaanhoidon tarvekertoimella saadaan tarvevakioitujen erikoissairaanhoidon kustannukset asukasta kohti. Kun ne jaetaan edelleen tuottavuudella³, saadaan vakioitujen tapioiden asukasta kohti eli tarvevakioitu erikoissairaanhoidon käyttö.

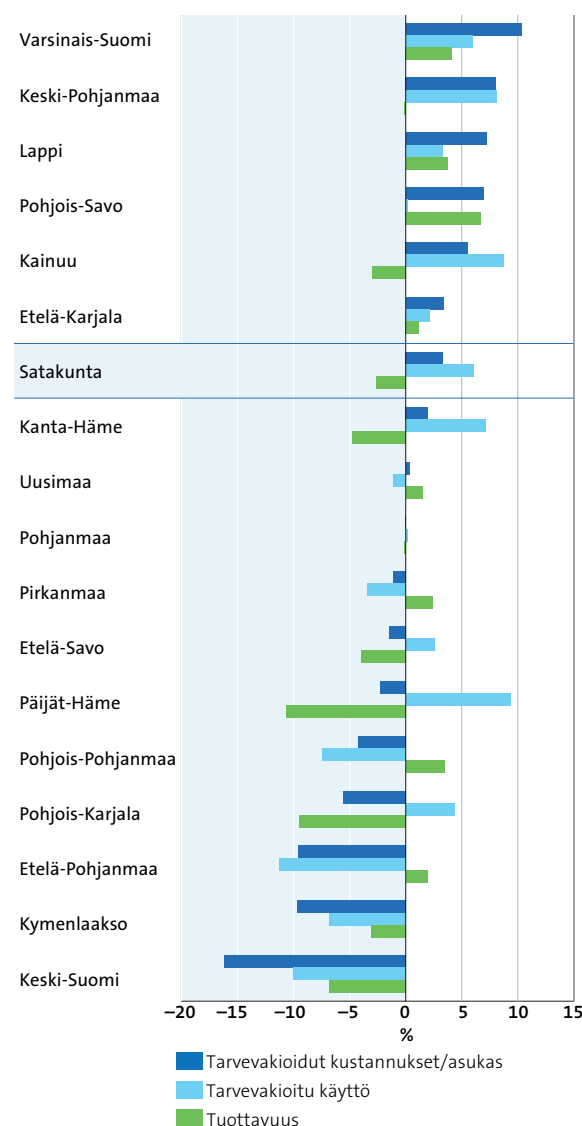
Korkeimmat tarvevakioitujen erikoissairaanhoidon menot asukasta kohti laskettuna olivat vuonna 2016 Varsinais-Suomessa (kuvio 4), missä ne ylittivät maan keskitason kymmenellä prosentilla. Euromääräisesti tämä tarkoittaa, että Varsinais-Suomessa käytettiin vuodessa noin 10 prosenttia asukasta kohti enemmän rahaa somaattiseen erikoissairaanhoidon kuin maassa keskimäärin; tämä johtuu kuusi prosenttia keskimääräistä suuremmasta palvelujen käytöstä ja neljä pro-

senttia huonommasta tuottavuudesta. Keski-Suomessa vastaavat kustannukset olivat 15 prosenttia koko maan keskitasoa alhaisemmat, ja syynä on sekä keskimääräistä vähäisempi palvelujen käyttö että parempi tuottavuus. Mitä suurempi positiivinen prosenttiluku, sitä suuremmat kustannukset maan keskitasoon verrattuna. Jos tuottavuus on maan keskitasoa parempi, se näkyy poikkeamana negatiivisen prosenttiluvun suuntaan.

Satakunnassa somaattisen erikoissairaanhoidon tarve oli seitsemän prosenttia maan keskitasoa korkeampi. Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioitujen kustannukset asukasta kohti olivat kolme prosenttia suuremmat kuin koko maassa keskimäärin. Erikoissairaanhoidon tarvevakioitua käyttöä oli kuusi prosenttia enemmän kuin maassa keskimäärin.

Kuvio 4

Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioitujen menojen sekä palvelujen käytön ja tuottavuuden poikkeama maan keskiarvosta (%) maakunnittain vuonna 2016.



1 Häkkinen, P. & Matveinen P. (2015)

2 Vaalavuo, M. ym. (2013) tutkimuksen aineistoon pohjautuen.

3 Tuottavuus = laskennalliset kustannukset € / tapio, indeksi koko maassa = 100

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen (HYTE) valmistelu etenee maakunnassa keskitasoisesti syksyllä 2017 tehdyn HYTE-maakuntakierroksen perusteella. Vielä ei ole tiedossa, tuleeko HYTE-toiminta olemaan osa maakunnan keskushallintoa, ja nimitetäänkö toimintaan HYTE-koordinaattori. Maakuntavalmistelussa HYTE-toiminnan suunnitteluun on nimetty erillinen ryhmä.

Arvioimme maakunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen *toimintaa* Satakunnan kunnissa tehdyn työn näkökulmasta: mitkä ovat toiminnalliset ja organisatoriset lähtökohdat maakunnallisen HYTE-toiminnan käynnistyessä alueella? Tätä silmällä pitäen on valittu myös indikaattorit, joita seuraavassa käytetään arvioinnin pohjana. Indikaattorit painottuvat terveyssektorille, sillä toistaiseksi käytettävissä olevat sosiaalitoimen indikaattorit kuvaavat lähinnä palvelujärjestelmän toimintaa, jolloin toivottavan tavoitetaso määrittäminen on vaikeampaa kuin vaikkapa terveydentilassa.

Viidessätoista alueen kunnassa on valtuustossa hyväksytty hyvinvointikertomus. Kuudessa kunnassa on joko osa-aikainen (4) tai kokoaikainen (2) hyvinvointikoordinaattori tai -suunnittelija. Väestöryhmien välisistä terveyseroista on raportoitu valtuustolle kuudessa kunnassa. Yhdessä kunnassa on tehty päätös ennakoarvioinnin käytöstä kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien päätösten valmistelussa. Osallisuuden edistämiseksi yhdeksän alueen kuntaa on kuvannut verkkosivuillaan kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia. Perusterveydenhuollon asiakkaista 50 / 10 000 asiakasta (koko maassa 26,7 / 10 000) oli saanut lääkäriltä, hoitajalta, fysioterapeutilta tai toimintaterapeutilta liikuntaan liittyvää ohjausta tai neuvontaa.

Maakunnan HYTE-toiminnan tarvetekijöitä on arvioitu tunnusluvuilla, joilla on selvä yhteys asukkaiden hyvinvointiin ja terveyteen; näihin asioihin myös maakunta ja kunnat voivat yhdessä vaikuttaa. Osa vaikuttavista toimista on sellaisia, että ne edellyttävät sektorirajat ylittävää yhteistyötä, osaan taas tarvitaan alueellista yhteistyötä joko kuntien ja maakunnan välillä tai kuntien kesken. Vaikeimmat HYTE-toiminnan tarvetta synnyttävät ilmiöt edellyttävät kaikkien osapuolten yhteistyötä. Tällaisia ovat esimerkiksi rakennetyöttömyys ja jääminen koulutuksesta syrjään. Rakennetyöttömyys eli vaikeasti työllistyvien osuus alueen 15–64-vuotiaista on 6,2 prosenttia (koko maassa 6,2 %). Niiden 17–24-vuotiaiden osuus, joilla ei ole peruskoulun jälkeistä tutkintoa, on 7,5 pro-

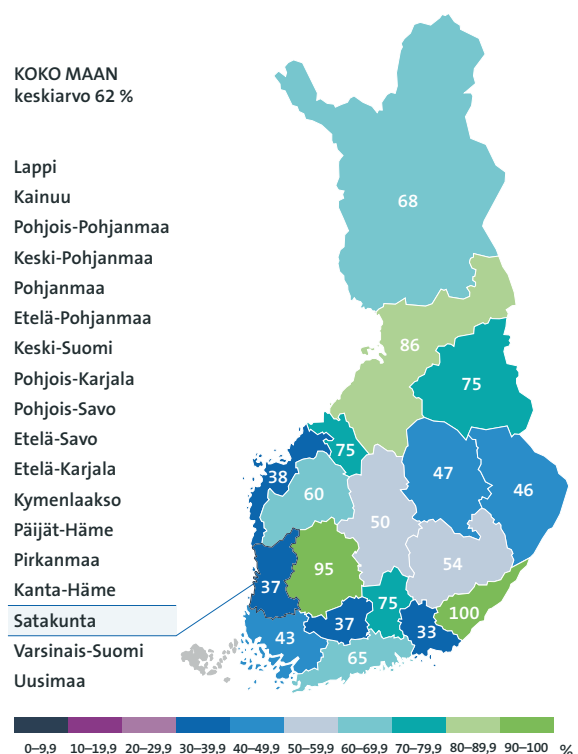
senttia (koko maassa 8,3 %). ARA-asuntojen osuus maakunnassa kuvaa sosiaaliseen tarkoituksenmukaisuuteen ja taloudelliseen tarpeeseen perustuvan asutokannan osuutta koko asutokannasta. Maakunnassa osuus on vain 6 prosenttia asutokannasta, mikä on vähiten koko Suomessa (koko maassa 12,1 %).

Lihavien aikuisten osuus on 20,9 prosenttia (koko maassa 18 %), ja sadan metrin matkan juoksemisessa suuria vaikeuksia on 16 prosentilla (koko maassa 12 %:lla). Korkeasti koulutetuista 17,2 prosenttia (koko maassa 15 %) ja matalan koulutuksen saaneista 37,5 prosenttia (koko maassa 36 %) ilmoittaa, että ei todennäköisesti jaksaa työskennellä vanhuuseläkeikään saakka.

Tarttuvien tautien tunnusluvuksi on tässä tarkastelussa valittu alueella todettujen klamydiainfektioiden määrä. Maakunta on niiden kuuden maakunnan joukossa, joissa on vähiten klamydiatartuntoja (146 tapausta / 100 000 asukasta). Kansallinen keskiarvo on 242 tapausta / 100 000 asukasta.

Kuvio 5

HYTE-koordinaattori tai suunnittelija kunnassa, % maakunnan kunnista



Maakuntavalmistelun aikana maakunta organisoii toimintansa ja rakentaa yhteistyön mm. alueen kuntien kanssa asukkaiden osallisuuden, hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden lisäämiseksi. Tässä

toiminnassa maakunta tulee olemaan keskeinen toimija. Arviointiin nyt (simulointiharjoituksessa) valittujen tunnuslukujen valossa vaikuttaa siltä, että alueen tarvetekijät ovat maan keskitasoa. Sairastavuuden ja klamydiainfektioiden suhteen tilanne on maan keskitasoa parempi, mutta elintapoihin liittyvien tunnuslukujen (lihaviiden osuus ja 100 m matkan juoksemisessa vaikeuksia) keskitasoa heikompi. HYTE-toiminta on vertailun perusteella maakunnan alueella keskitasolla. Merkittäviä kuntapäätöksiä ja tulevaisuudessa maakuntapäätöksiä valmisteltaessa on HYTE-toiminnassa kiinnitettävä huomiota paitsi tautien synnyn ja sosiaalisten ongelmien riskitekijöiden vähentämiseen myös osallisuuden edistämiseen sekä HYTE-rakenteiden ja käytäntöjen kehittämiseen, kuten vaikutusten ennakkoarviointimenetelmien käyttöönottoon.

Ennaltaehkäisevät palvelut

Sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevät palvelut ovat keskeisessä roolissa tuettaessa väestön terveyttä ja hyvinvointia. Ehkäisevien palvelujen kivijalan muodostavat äitiys- ja lastenneuvola sekä kouluterveydenhuolto, jotka tavoittavat koko ikäluokan. Nuorten osalta keskeisessä asemassa on opiskeluterveydenhuolto, joka tavoittaa suurimman osan ikäluokasta. Näiden palvelujen toteutumista on arvioitu terveystarkastusten näkökulmasta ”Lasten, nuorten ja perheiden palvelut” -osiossa. Tässä arvioidaan kuitenkin opiskeluhuoltopalvelujen psykologi- ja kuraattorisurssien riittävyyttä. Vaikka psykologi- ja kuraattoripalvelujen järjestämisvastuu on suunniteltu kunnille, on ne huomioitava arvioitaessa maakunnan järjestämien opiskeluhuoltopalvelujen toimivuutta.

Tässä luvussa kuvataan muutamien tunnuslukuin perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan ja suun terveydenhuollon toteutumista. Seulontojen osalta soveltuvat indikaattorit eivät olleet vielä saatavilla, ja sosiaalihuollon ehkäisevien palvelujen arviointiin soveltuvat tiedot ovat vasta rakentumassa, kun sosi-

aalihuollon rakenteisia tietoja kehitetään. Iäkkäiden ennaltaehkäisevien palvelujen kokonaisuus on laaja. Tietoja esimerkiksi iäkkäiden neuvonta- ja neuvolapalveluista, asunnon muutostöistä tai kuntoutuksesta ei ole saatavilla. Tähän arviointiin on otettu ainoastaan omaishoidossa olevien saaman kotihoidon laajuus.

Tilannetta arvioitaessa on otettava huomioon potilastietojärjestelmän kirjaamiskäytäntöjen mahdollisten eroavaisuuksien vaikutus tietojen kattavuuteen.

Päihteiden tai tupakan käytöstä on alueella tehty strukturoitua kartoitusta selvästi muuta maata enemmän. Vuonna 2017 on tehty 69 kartoitusta 10 000 asukasta kohden (koko maassa 21 / 10 000). Vuonna 2017 perusterveydenhuollossa oli kirjausten mukaan tehty työttömien terveystarkastuksia 0,7 prosentille työttömistä, mikä on vähemmän kuin koko maassa (1,3 %). Terveystarkastuksia tulisi tehdä työttömille huomattavasti enemmän, asiantuntijoiden arvion mukaan noin 30–40 prosentille vuosittain.

Yli 75-vuotiaiden omaishoitajien jaksamista tuetaan omaishoidossa olevien kotipalvelulla maan keskiarvoa enemmän. Omaishoidossa olevista 40 prosenttia on myös kotihoidon asiakkaita (koko maassa 37 %).

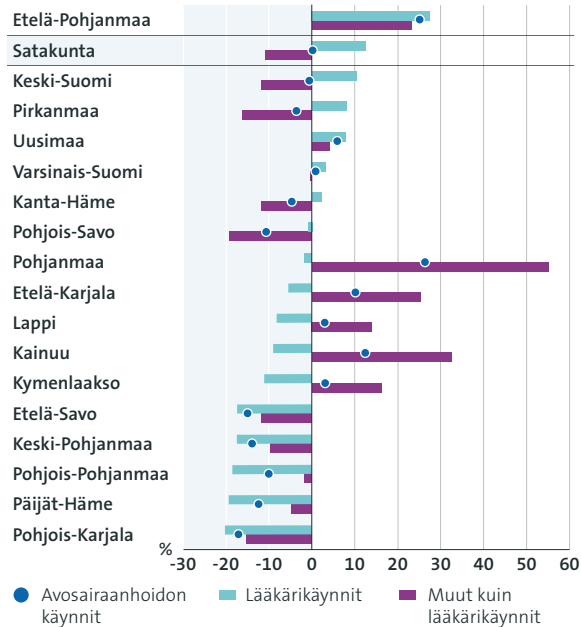
Lapset ja nuoret käyvät suun terveyden tarkastuksessa suuhygienistillä tai hammashoitajalla ollessaan ensimmäisellä, viidennellä ja kahdeksannella vuosiluokalla, muuten tarveperusteisesti. Alueen 0–17-vuotiailla on ollut 605 käyntiä terveyskeskuksen suuhygienistillä 1 000 vastaavanikäistä kohden vuoden aikana, mikä on selvästi enemmän kuin maassa keskimäärin (464 / 1 000). Tässä ikäryhmässä suuhygienistit tekevät pääasiassa ennaltaehkäisevää työtä sekä lisäksi (paikallisesta työnjaosta riippuen) oikomishoitoa.

Opiskeluhuoltopalveluiden psykologien työpanos on 2 tuntia sataa oppilasta kohden viikossa, ja se on vähemmän kuin koko maassa keskimäärin (3,1 tuntia / 100 oppilasta). Opiskeluhuoltopalveluiden kuraattorien työpanos on 6,4 tuntia sataa oppilasta kohden viikossa. Se on enemmän kuin maassa keskimäärin (4,8 tuntia / 100 oppilasta).

Perusterveydenhuolto

Kuvio 6

Maakunnan sairastavuusindeksillä korjattujen avosairaanhoidon käyntien poikkeama maan keskiarvosta, avosairaanhoidon käynnit yhteensä, lääkärikäynnit ja muut kuin lääkärikäynnit



Palvelujen saatavuutta arvioidaan palvelujen käytöllä ja hoitotakuun toteutumisella. Avosairaanhoidon käyntejä oli Satakunnan alueella 1,9 asukasta kohden, mikä on 0,2 prosenttia enemmän kuin maassa keskimäärin (keskiarvosta sairastavuusindeksillä korjattu käyntimäärä). Lääkärikäyntejä oli 12 prosenttia enemmän, mutta muita kuin lääkärikäyntejä 11 prosenttia vähemmän kuin em. laskennallinen käyntimäärä. Kiireettömän vastaanottoajan varanneista 35 prosenttia pääsi lääkärin vastaanotolle viikon sisällä (koko maassa 42 %, vaihteluväli 25–69 %). Hoitotakuussa määrätty enimmäisaika (3 kk) ylittyi 3,6 prosentissa kaikista perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käynneistä (koko maassa 2,1 %, vaihteluväli 0–11 %).

Kyselytutkimusaineiston perusteella palveluita tarvinneista 30 prosenttia ei ollut saanut terveyskeskus-

lääkärin palveluita riittävästi (vaihteluväli 21–34 %). Asiakkaista 23 prosenttia tunsivat voineensa osallistua omaan hoitoonsa (koko maassa 28 %, vaihteluväli 19–34 %). 45 prosenttia koki, että asiat olivat hoituneet sujuvasti ja että tieto oli kulkenut ammattilaisten välillä (koko maassa 46 %, vaihteluväli 32–55 %). 68 prosentilla on mielestään ollut aito mahdollisuus valita terveysasema (koko maassa 67 %, vaihteluväli 57–77 %). Valinnan perustana olevaan tietoon – mm. jonotusajoista ja laadusta – oli tyytyväisiä 34 prosenttia, mikä on enemmän kuin maassa keskimäärin (29 %).

Terveysasemaa vaihtaneiden osuus 12 kuukauden aikana palvelua käyttäneistä oli Satakunnan alueella 2,2 prosenttia (vaihteluväli 0,6–5,3 %).

Hoitajan vastaanotolla käyneistä 5,3 prosenttia kävi lääkärin vastaanotolla kolmen vuorokauden sisällä hoitajalla käynnistä. Maakuntien välillä vaihtelu oli tässä suurta (0,2–56,8 %); arvo kuvaakin toimintatapojen eroa. 1,26 prosenttia potilasta kävi terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli 10 kertaa vuodessa, maakuntien välillä osuus vaihtelee maakuntien välillä 0,58 prosentista 2,04 prosenttiin.

Hoitokäytäntöjen laatua arvioitiin tarkastelemalla mikrobilääkemääräyksiä epäspesifisen ylähengitystieinfektion hoidossa: Niiden potilaiden osuus, jotka saivat lääkemääräyksen antibioottia varten, vaihteli maakuntien välillä 9,8 prosentista 31,7 prosenttiin. Satakunnan alueella osuus oli 26 prosenttia, mikä on enemmän kuin maassa keskimäärin (23 %).

Perusterveydenhuollon avohoidon (pois lukien suun terveydenhoito) nettokäyttökustannukset olivat 81 milj. euroa. Asukasta kohden laskettuna se on 366 euroa. Maan keskiarvo oli 359 euroa (vaihteluväli 293–489 euroa).

Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanotokäyntejä oli Satakunnassa saman verran kuin maassa keskimäärin. Lääkärikäyntejä oli kuitenkin 12 prosenttia enemmän, mutta muita kuin lääkärikäyntejä oli vastaavasti 11 prosenttia vähemmän. Kiireettömän vastaanottoajan varanneista 35 prosenttia pääsi lääkärin vastaanotolle viikon sisällä, mikä on vähemmän kuin maassa keskimäärin. Terveyskeskuslääkärin palveluja kokee saaneensa riittämättömästi 30 prosenttia, ja hoitotakuu toteutui kohtalaisesti.

Mielenterveys- ja päihdepalvelut

Mielenterveysindikaattorit on valittu siten, että niistä muodostuu kuva mielenterveysongelmien yleisyydestä ja erilaisten mielenterveyspalvelujen saatavuudesta ja käytöstä maakunnassa. Hoidon laadusta oli saatavilla niukasti indikaattoritietoa, mutta psykoosisairauksien osalta tarkasteltiin tahdosta riippumatonta hoitoa ja pakkotoimien käyttöä sekä sairaalahoidon pitkittymistä.

Päihdepalveluja koskevien indikaattoreiden pohjalta saa yleiskuvan alueen aikuisväestön päihdeiden käytöstä sekä päihdeongelmiin ja päihdeistä aiheutuviin sairauksiin liittyvästä palveluiden käytöstä. Sosioekonomisiin terveyseroihin keskeisesti vaikuttavaa alkoholikuolleisuutta tarkastellaan alimman tuloluokan alkoholinkulutuksen vuoksi menetettyjen elinvuosien määrän (PYLL, tieto vuodelta 2013) pohjalta, koska alkoholinkulutuksen muutokset näkyvät alimmassa tuloryhmässä muita tuloryhmiä voimakkaammin. Mukana on myös ehkäisevän päihdetyön laatua ja tarvetta kuvaavat kaksi indikaattoria.

Palveluiden asiakaslähtöisyydestä ja yhdenvertaisuudesta ei tätä arviointia varten ollut indikaattoritietoja eikä myöskään henkilöstöä koskevia indikaattoritietoja.

Satakunnan alueella mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys on lähellä maan keskitasoa. Erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja on 1,7 prosenttia väestöstä (koko maassa 1,8 %), ja mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavia 25–64-vuotiaiden osuus on 3,9 prosenttia (koko maassa 3,5 %). Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneiden osuus aikuisväestöstä on maan keskiarvoa alhaisempi. Psykkisesti kuormittuneiden osuus on lähellä maan keskiarvoa.

Avohoidon mielenterveyspalvelujen käyttö on alueella asukaslukuun suhteutettuna jonkin verran maan keskiarvoa korkeampi. Aikuisten mielenterveyden avohoitokäyntejä on 583 tuhatta 18 vuotta täyttäneitä kohden (koko maassa 518). Erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä on 390 tuhatta 18 vuotta täyttäneitä kohden ja perusterveydenhuollon avohoitokäyntejä 157 tuhatta asukasta kohden (koko maassa 340 ja 144).

Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivien määrä on maan keskiarvoa alhaisempi 18–24-vuotiaiden ikäryhmässä, lähellä maan keskiarvoa 25–64-vuotiaiden ikäryhmässä ja maan keskiarvoa alhaisempi 65 vuotta täyttäneillä. Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättyjä 18 vuotta täyttäneitä 1 000 vastaavanikäistä kohden on koko maan keskiarvoa enemmän. Pakko-

toimien käyttö tahdosta riippumattomien hoitojaksojen aikana on lähellä maan keskitasoa. Yli 90 päivää yhtäjaksoisesti sairaalassa olleiden psykiatrian potilaiden osuus vastaa maan keskitasoa.

Psykiatrian kuntoutuskotien asiakkaiden väestöön suhteutettu osuus on maan keskiarvoa hieman matalampi ympärivuorokautisesti tuetuissa palveluissa ja huomattavasti alhaisempi ei-ympärivuorokautisesti tuetuissa palveluissa.

Kelan korvaamaa psykoterapiaa alueella saadaan muuta maata vähemmän. Psykoterapiaa on 16–24-vuotiaista saanut 4,4 tuhatta vastaavanikäistä kohden, kun koko maan keskiarvo on 10. Vastaavasti 25–64-vuotiailla ovat 6,6 ja 9 tuhatta vastaavanikäistä kohden. Kelan korvaamia yksityispsykiatrikäyntejä on selvästi maan keskiarvoa vähemmän.

Kokonaisuutena alueen mielenterveyspalvelut ovat suhteellisen avohoitopainotteiset. Huomio kiinnittyy ei-ympärivuorokautisten asumispalvelujen vähäisyyteen. On mahdollista, että laitoshoidoa voitaisiin vähentää tuettuja asumispalveluja lisäämällä ja monipuolistamalla. Tahdosta riippumattoman hoidon osuus on muuta maata suurempi, vaikka vakavien mielenterveysongelmien esiintyvyys on keskitasosta. Tahdosta riippumatonta hoitoa voidaan vähentää avohoidon tehostamalla, hoidon integraatiota parantamalla ja sairaalahoidon käytäntöihin vaikuttamalla. Yksityisten psykoterapiapalvelujen saatavuus on muuta maata heikompi.

Satakunnan alueen aikuisväestöstä päivittäin tupakoivia on 21,4 prosenttia (koko maassa 16,6 %), alkoholia liikaa käyttäviä 33,1 prosenttia (AUDIT-C-mittarin mukaan riskipistemäärät ylittävien osuus; koko maassa 33,2 %) ja kannabista viimeisen vuoden aikana käyttäneitä 4,5 prosenttia (koko maassa 4,4 %). Pääasiassa huumeiden pistämällä tapahtuvaan käyttöön liittyviä uusia hepatiitti C -tartuntoja alueen 100 000:ta asukasta kohden on todettu 14,4 (koko maassa 20,8).

Päihdeongelmaisia hoidetaan muuta maata enemmän perusterveydenhuollon avopalveluissa. Perusterveydenhuollon avohoidossa tehtävässä päihdetyössä on enemmän potilaita (8,5/1000 asukasta) kuin koko maassa (6,2) ja päihdehuollon avohoidon asiakasmäärät (8,3/1 000 asukasta) ovat jokseenkin koko maan tasolla (8,2). Erikoissairaanhoidon avohoidossa on päihdeiden vuoksi vähemmän potilaita (2,5) kuin koko maassa (5,4).

Potilaita on päihdeiden vuoksi hoidossa sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla enemmän kuin maassa keskimäärin. Päihdeiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla on enemmän potilaita (3,7/1000 asukasta) kuin koko maassa (2,8). Päihdehuollon laitoksissa katkaisuhoidossa ja

kuntoutuksessa on saman verran asiakkaita (2,3/1000 asukasta) kuin koko maassa (2,4). Päihdehuollon asu-
mispalveluissa olevien määrä (0,9/1000 asukasta) on
myös maan keskitasoa (1,1).

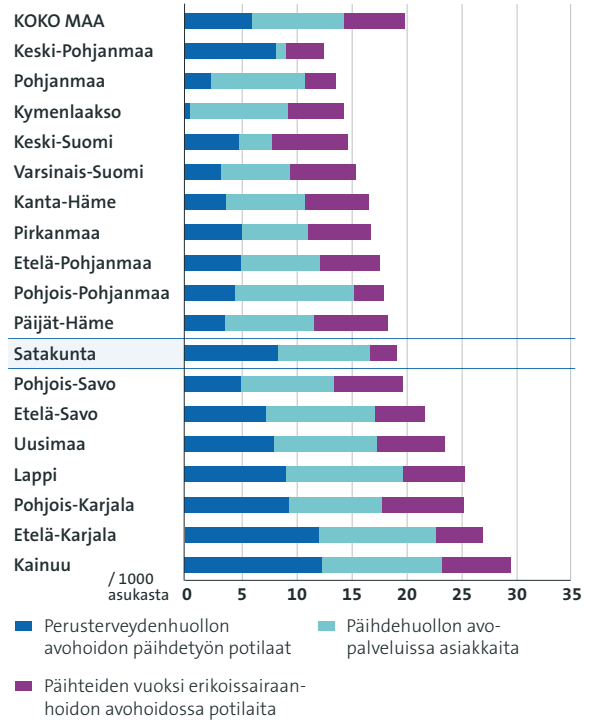
Kaikkein pienituloisimmilla 25–80-vuotiailla on
alkoholikuolemien vuoksi menetettyjä elinvuosia
(PYLL) vähemmän (2 937/100 000 vastaavanikäistä)
kuin koko maassa (3 261).

Ehkäisevästä päihdetyöstä vastaava toimielin on
nimetty yli puolessa (55,6 %) alueen kunnissa (koko
maassa 44,1 %). Satakunnan alueen yläkoulujen
luokkien 8 ja 9 oppilaista tosi humalassa vähintään
kerran kuukaudessa on enemmän oppilaita (12,3 %)
kuin koko maassa (10,2 %).

Kaiken kaikkiaan alueen aikuisväestön päivittäi-
nen tupakointi ylittää maan keskitason, mutta alko-
holin riskikulutuksen sekä kannabiksen käyttö vastaa
maan keskitasoa. Huumeiden pistämällä tapahtuvaan
käyttöön liittyvien uusien hepatiitti C -tartuntojen
määrä on muuta maata selvästi alhaisempi. Avo- ja
ympäri vuorokautisia palveluja on hyvin päihdeongel-
maisten saatavilla sekä perusterveydenhuollossa että
päihdehuollon erityispalveluissa. Perusterveydenhuol-
lon päihdetyön potilaiden määrät ja päihdehuollon
avopalveluiden asiakasmäärät ovat lähes yhtä suuret.
Erikoissairaanhoidon avohoittoa käytetään selvästi
muuta maata vähemmän. Ympäri vuorokautinen hoito
painottuu sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosas-
toille. Ehkäisevästä päihdetyöstä vastaavien kunnal-
listen toimielinten lisääminen parantaisi ehkäisevän
päihdetyön koordinaatiota. Nuorten humalajuomisen
yleisyys on tarpeen huomioida ehkäisevän päihdetyön
kehittämisessä.

Kuvio 7

**Päihdeongelmien tai -sairauksien vuoksi
avohoidossa vuonna 2016 hoidetut potilaat
perusterveydenhuollon päihdetyössä,
päihdehuollon erityispalveluissa ja
erikoissairaanhoidossa suhteessa väestöön**



Erikoissairaanhoito

Satakunnan väestön sairastavuus on sairastavuusindeksin valossa keskimääräistä suomalaista tasoa. Somaattisen erikoissairaanhoidon palvelutarve painottuu erityisesti aivoverisuonitauteihin, joiden esiintyvyys on maan suurin. Vammoja ja myrkytyksiä hoidetaan myös keskimääräistä enemmän.

Satakunnan maakunnan palvelut tuottavat keskussairaala Porissa, Porin terveyskeskussairaala sekä Rauman aluesairaala. Molemmat kaupunkien sairaalat tuottavat rajoitetusti palveluita, mutta maakunnan erikoissairaanhoito on maan vuodeosastohoitopainotteisin: hoitajaksojen (233 / 1000 asukasta) ja hoitopäivien (898 / 1000 asukasta) määrät ovat kumpikin suurimpia koko maassa (koko maan lukemat vastaavasti 189 ja 606). Hoitajakson kesto on toiseksi pisin, 4 vuorokautta (koko maa 3,3). Avohoitokäyntejä maakunnassa tehdään keskimääräisesti (1,64 käyntiä asukasta kohti, koko maa 1,54). Somaattisen erikoissairaanhoidon käyttöindeksi on 101. Toimenpiteellisten hoitajaksojen määrä (84,3 / 1000 asukasta) on koko maan tasoa (78,3) korkeampi ja päiväkirurgisten potilaiden osuus kaikista toimenpiteellisistä potilaista on suurimpien joukossa, eli 56 % (koko maa 50,8 %). Päivystysleikkausten osuus (21,3 %) on alle keskimääräisen (23,4 %). Vuonna 2016 synnytysten määrä oli 1860, näistä sektioita oli 14,7 % (koko maa 16 %). Sepelvaltimoiden varjoainekuvauksia (5,72 / 1000 asukasta) ja pallolaajennuksia (2,21 / 1000 asukasta) tehdään vähemmän kuin maassa keskimäärin (koko maan vastaavat lukemat 6,5 ja 2,8).

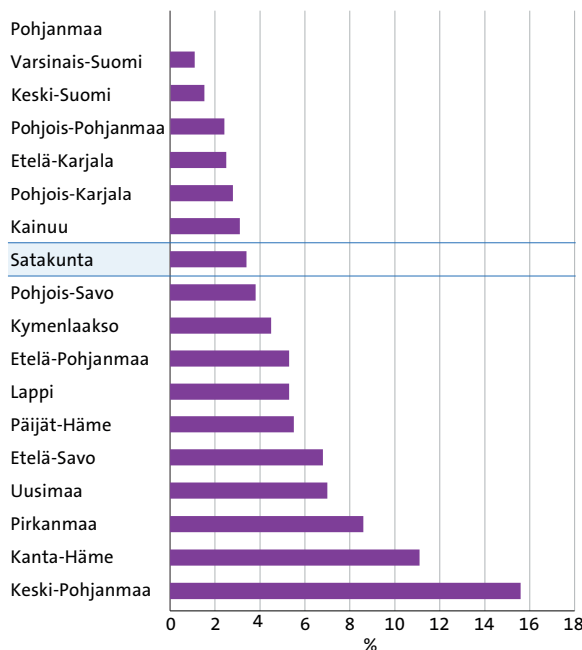
Päivystysaikana ja ensiavun kautta alkavien hoitajaksojen suuri osuus voi heijastaa maakunnan muun terveydenhuollon toiminnan puutteita tai pitkiä odotusaikoja suunniteltuun hoitoon. Satakunnassa päivystyskäyntien määrä on maakuntien keskitasoa (128 / 1000 asukasta, koko maa 185). Hoitajaksot alkavat koko maata harvemmin päivystyksenä (41,5 %, koko maa 47 %) ja terveyskeskuksen läheteiden osuus on maan keskitasoa (35,9 %, koko maa 37,5 %). Yksityislääkärin läheteellä saapuu hoitajaksolle 17,7 % potilaista (koko maa 16,5 %). Erikoissairaanhoidon odotusajan mediaania ei ole ilmoitettu. Sekä kaihi-leikkauksien (92 vuorokautta, koko maa 75) että polven tai lonkan tekonivelleikkauksen odotusaika ovat maan ylimmissä tertiileissä (74 vuorokautta, koko maa 61,9).

Maakunnan somaattisen erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannukset ovat koko maan lukuihin suhteutettuina edulliset eli 1084 euroa asukasta kohden (koko maa 1193) ja kustannusindeksi on 95,4. Toimintakuluista henkilöstön osuus on 53,3 % ja ostopalvelujen maltilliset 26,9 %; vastaavat kuluerät koko maassa ovat 52,3 % ja 30,8 %. Sairaansijojen määrässä Satakunta on alle keskitason (1,91 sairaansijaa / 1000 asukasta, koko maa 2,2). Henkilötyövuosia maakunta ilmoittaa olevan käytettävissä 12,91 / 1000 asukasta (koko maa 11,8) ja lääkärihenkilötyövuosia alle keskitason (1,15 / 1000 asukasta, koko maa 1,30).

Tarkasteluun valituissa laatumääreissä maakunnan tulokset ovat keskitasoa: lonkkamurtumapotilaiden leikkausta yli 2 päivää odottaneiden osuus on 3,4 % kaikista lonkkamurtumapotilaista (koko maa 4,2 %, vaihteluväli 0–15,3 %), sydäninfarktipotilaiden 30 päivän kuolleisuus on 8,6 % (koko maa 8,8 %, 5,5–10,8 %) ja uudelleen sairaalaan joutuu 13,5 % potilaista (koko maa 13,3 %, 9,1–20 %). Staphylococcus aureukseen liittyvien bakteremioiden määräksi on ilmoitettu 0,16 / 1000 hoitopäivää, joka on yksi pienimmistä. Kaikki maakunnat eivät kuitenkaan ole ilmoittaneet kyseistä tietoa.

Kuvio 8

Lonkkamurtuman leikkausta yli 2 päivää odottaneiden osuus (vakioitu) maakunnissa



Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

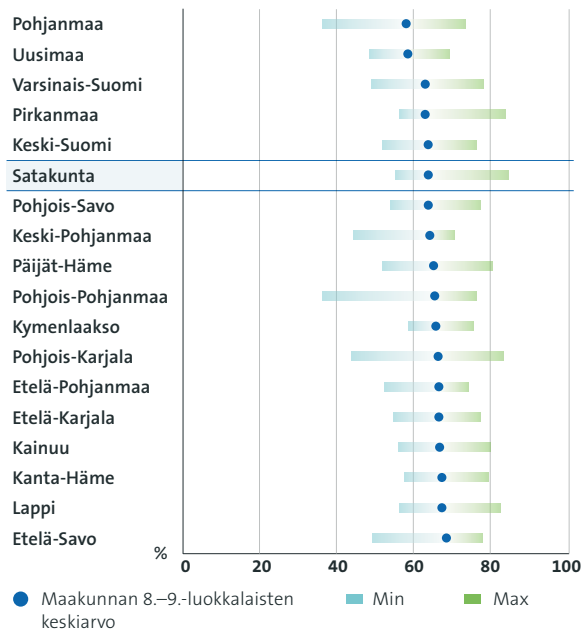
Satakunnassa lasten ja perheiden palveluiden asiakaslähtöisyydessä on kehitettävää – tulokset ovat koko maan huonoimpia. Myös valtakunnalliset suositukset, jotka vaikuttavat lasten ja perheiden palvelujen laatuun, on myös toteutettu maan keskitasoa heikommin. Kirjaamisen puutteet heikentävät laajojen terveystarkastusten yhdenvertaisen toteutumisen arviointia.

Sekä äitiys- ja lastenneuvolapalveluiden että koulu- ja opiskeluterveydenhuollon totuttaminen vastaa Satakunnassa maan keskitasoa. Lastensuojelu painottui sijaishuoltoon. Myös lastensuojelun kustannukset painoutuivat hiukan perhe- ja laitoshoitoon.

Arvioinnissa käytetyt mittarit kuvaavat vain osaa lasten ja nuorten palveluista. Palveluiden tarvetta kuvaavia mittareita ei ollut mukana tässä arvioinnissa.

Kuvio 9

Terveystarkastuksen toteutuminen oppilaslähtöisesti, maakunnan keskiarvo ja kuntien välinen hajonta



Perhekeskuspalvelut

Kaikki Satakunnan kunnat ilmoittivat, että kaikille lasta odottaville ja lapsille järjestetään lainmukainen laaja terveystarkastus. Laajaan terveystarkastukseen osallistuu ainakin toinen lapsen vanhemmista, ja terveydenhoitaja ja lääkäri tekevät tarkastuksen yhteistyössä. Potilastietomerkintöjen mukaan laaja terveystarkastus järjestetään kuitenkin vain kolmannekselle 4 kuukauden ja 4 vuoden ikäisistä lapsista. Erilaiset tulokset johtuvat asiakastietojärjestelmien ominaisuuksista ja kirjaamisen puutteista.

Asiakastytyväisyyskyselyn mukaan asiakkaat olivat tyytyväisiä lastenneuvolapalveluihin, ja tulokset ovat maan parhaita. Äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajien määrä vastasi hyvin mutta lääkäreiden määrä huonosti henkilöstömäärästä annettuja suosituksia.

Suun terveystarkastus ensisynnyttäjille järjestetään Satakunnassa kohtalaisesti. Sen sijaan isyyden tunnistamisesta vain vähäinen osuus oli tehty raskausaikana äitiysneuvolassa.

Perheiden määrä sosiaalihuoltolain mukaisessa perhetyössä vastasi Satakunnassa maan keskitasoa, kuten myös lasten ja perheiden sosiaalipalveluiden (pois lukien lastensuojelu) nettokäyttökustannukset.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto

Satakunnan maakunnassa kouluterveydenhuolto ja toisen asteen opiskeluterveydenhuolto on suunniteltu terveystarkastusten osalta toteutettavaksi säädösten mukaisesti. Kaikkien maakunnan terveyskeskusten (100 %) toimintasuunnitelmiin on kirjattuna lakisääteiset kolme laajaa terveystarkastusta peruskoulun aikana. Opettajan antama arvio oppilaan selviytymisestä ja hyvinvoinnista koulussa sisältyi laajaan tarkastukseen 58 prosentissa maakunnan peruskouluista (maakuntien vaihteluväli 35–90 %).

Sekä 4. ja 5. luokkien että 8. ja 9. luokkien oppilaiden näkemykset viimeisimmän terveystarkastuksen laadukkaasta toteutumisesta olivat maan keskiarvon tasoa. 4.–5. luokan oppilaista 48 prosenttia (koko maa 49 %) ja 8.–9. luokan oppilaista 61 prosenttia (koko maa 60 %) oli kokenut tarkastuksen toteutuneen omasta näkökulmastaan laadukkaasti.

Laajojen terveystarkastusten kirjaamisessa on vielä joko käytännöistä tai teknisistä pulmista johtuvia puutteita. Ainoastaan 28 prosenttia 8-luokkalaisten laajoista terveystarkastuksista kirjautui toteutuneiksi kansalliseen Avohilmo-rekisteriin (maakuntien vaihteluväli 6–34 %).

Koululääkäreiden henkilöstömitoituksessa Satakunta sijoittui maakuntien heikoimpaan kolmannekseseen. Oppilasmäärä koululääkärihenkilötyövuotta kohden oli 2,1-kertainen valtakunnalliseen mitoitussuositukseen (2100 oppilasta) nähden. Puutteet henkilöstömitoituksessa vaikuttavat väistämättä koko toimintaan kuten terveystarkastusten pituuteen sekä niiden laatuun ja niistä saatavaan hyötyyn.

8. ja 9. luokan oppilaista 43 prosenttia oli asioinut kouluterveydenhoitajalla myös muuten kuin terveystarkastuksissa. Tämä on selvästi enemmän kuin maassa keskimäärin (38 %). Runsaaseen kouluterveydenhoitajalla asioimiseen voi olla useita syitä, kuten muuta maata suuremmat palvelutarpeet, muiden opiskeluhoitopalvelujen puute, heikkoudet määrärahaisten terveystarkastusten toteuttamisessa, tai pelkäävät se, että palvelut ovat helposti saavutettavissa ja kohtaavat lasten ja nuorten tarpeet.

Kaikkien Satakunnan terveyskeskusten (100 %) toimintasuunnitelmiin sisältyy lukioissa ja ammatillisissa oppilaitoksissa tehtävä lakisääteinen opiskelu-terveydenhuollon lääkärintarkastus opiskeluaikana. Lakisääteisyydestä huolimatta näin ei toimita kaikissa maakunnissa (maakuntien vaihteluväli lukioissa 80–100 % ja ammatillisissa oppilaitoksissa 50–100 %).

Erityistason palvelut

Lastensuojelun palveluntarpeen arvioinneista 93 prosenttia oli Satakunnassa valmistunut kolmen kuukauden sisällä; lain edellyttämä valmistumisaika toteutui keskimääräistä heikommin. Lastensuojelun avohuollon asiakkuuksien määrä oli keskitasoa muihin maakuntiin verrattuna. Lastensuojelun asiakassuunnitelmien määrä suhteessa avohuollon asiakkuuksiin (49/100) oli keskitasolla. Laki edellyttää asiakassuunnitelmaa kaikista asiakkuuksista. Lastensuojelun tehostetussa perhetyössä olevien perheiden määrä oli keskitasoa. Kiireellisiä sijoituksia oli enemmän kuin maakunnissa keskimäärin; myös huostassa olleiden osuus vastaavanikäisestä väestöstä oli keskimääräistä suurempi. Lastensuojelun avohuollon palveluiden nettokäyttökustannukset olivat keskitasoa, mutta perhe- ja laitoshoidon nettokäyttökustannukset olivat muihin maakuntiin nähden hiukan korkeammat, myötäillen asiakasmääriä.

Sairaalahoidon hoitopäiviä oli 0–17-vuotiailla Satakunnassa jonkun verran enemmän kuin maassa keskimäärin. Yksikään asiakas ei odottanut Satakunnassa nuoriso- tai lastenpsykiatriseen hoitoon laissa säädettyä kolmea kuukautta pidempään vuoden 2017 seuranta-ajankohtina. Tavanomaisesti lasten ja nuorten psykiatriseen hoitoon pääsi tavanomaisesti 1–3 viikossa.

Työikäisten sosiaalipalvelut

Työikäisten sosiaalipalvelujen tavoitteena on tukea työikäisiä asiakkaita elämänhallintaan, työhön, toimeentuloon ja opiskeluun liittyvissä asioissa sekä vähentää eriarvoisuutta. Tässä arvioinnissa työikäisten sosiaalipalvelujen tilaa tarkastellaan työttömyyden, eriarvoisuuden ja palvelujen saavutettavuuden näkökulmista.

Satakunnan alueella rakennetyöttömyyden aste on 6,2 prosenttia eli täsmälleen kansallista keskitasoa (6,2 %). Työttömien aktivointiaste (32,9 %) on kansallista keskiarvoa (31,6 %) hieman korkeampi. Kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvien osuus 15–64-vuotiaasta väestöstä (20,4 %) ylittää selvästi maan keskiarvon (11,6 %) ja on maan korkein. Työttömyysjakso venyi yli 12 kuukauden pituiseksi 6,8 prosentilla työttömäksi jääneistä; luku on selvästi matalampi kuin kansallisesti keskimäärin (11,9 %) ja maakunnallisista alueista toiseksi matalin. Kunnan osarahoittaman työmarkkinatuen määrä kertoo, miten kunta on kyennyt ohjaamaan pitkään työttömänä olleita henkilöitä työllistymistä edistäviin palveluihin. Vuonna 2016 Satakunnan alueen kunnat maksoivat alueen asukkailla myönnettyä työmarkkinatukea takaisin valtiolle 10 391 427 euroa, mikä on 1347 euroa kutakin Satakunnan alueen pitkäaikaisyttötöntä kohden (maan keskiarvo 1978 euroa) ja maakunnallisista alueista toiseksi pienin määrä.

Satakunnan alueella rakennetyöttömyyttä on hillitty aktivointitoimilla ja kuntouttavan työtoiminnan palveluilla. Lisäksi työttömyysjaksojen pitkittymistä on kyetty ehkäisemään. Tämä näkyy myös osarahoitetun työmarkkinatuen vähäisyydessä.

Asunnottomia on Satakunnan alueella 0,3 promillea eli vähemmän kuin maakunnallisilla alueilla keskimäärin (1,2 ‰, mediaani 0,3 ‰). Toimeentulotukea myönnettiin 78 euroa asukasta kohden, mikä on toiseksi vähiten kaikista maakunnallisista alueista (keskiarvo oli 136 euroa / asukas). Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneita 25–64-vuotiaita oli 1,3 prosenttia eli selvästi vähemmän kuin maassa keskimäärin (2,4 %) ja maakunnallisista alueista vähiten yhdessä Keski-Pohjanmaan kanssa. Nuorista 18–24-vuotiaista pitkäaikaisesti toimeentulotukea sai kuitenkin 3,2 prosenttia, mikä on varsin lähellä maan keskiarvoa (3,6 %). Täydentävää toimeentulotukea myönnettiin Pohjanmaan alueella vuonna 2016 keskimäärin 471 euroa ja ehkäisevää toimeentulotukea 346 euroa tukea saanutta asukasta kohden. Vastaavat koko maan keskiarvot olivat 551 euroa (täydentävä tuki) ja 632 euroa (ehkäisevä tuki). Ehkäisevän tuen määrä oli maakunnallisista alueista pienin.

Toimeentulotukiasiakkuuksien pitkittyminen on Keski-Pohjanmaalla vähäistä, mikä näkyy myös myönnetyn toimeentulotuen määrässä. Nuorten aikuisten kohdalla tilanne on jonkin verran vaikeampi. Täydentävällä ja ehkäisevällä tuella voidaan ottaa huomioon henkilön erityiset tarpeet ja olosuhteet sekä edistää omatoimista suoriutumista. Erityisesti ehkäisevää tukea myönnetään kuitenkin hyvin vähän.

Sosiaalipalvelujen saavutettavuutta selvitettiin vuoden 2017 ATH-kyselyn tulosten perusteella. Koko maassa vastaajista 79,8 prosenttia katsoi, että asiakasmaksut tai matkat eivät ole vaikeuttaneet palvelujen saavutettavuutta. Satakunnassa vastaava luku oli 73,3 prosenttia. Tulos on kansallisessa vertailussa kolmanneksi heikoin tulos, useammalla kuin joka neljännellä vastanneista on ollut vaikeuksia saada sosiaalipalveluja. Maakunnittain tarkastellen vastaajia oli kuitenkin vähän, joten kyselyn tulokset ovat enintään viitteellisiä.

Kuvio 10

Rakennetyöttömyys ja työttömien aktivointiaste Satakunnassa



Vammaispalvelut

Henkilö, jolla on vammasta tai sairaudesta johtuva toimintarajoite, voi tarvita tavanomaisen elämänsä tueksi yleisten palvelujen lisäksi erityispalveluja. Tässä tarkastellaan vammaispalvelu- ja kehitysvammalakiin mukaisia palveluja vuoden 2016 tietojen perusteella. Myönnettyjen palvelujen perusteella saadaan kuvaa palvelujärjestelmästä.

Vammaisuuden palvelukokonaisuutta tarkastellaan alla olevassa kuviossa yhtenä kokonaisuutena. Kuviossa on yksittäisten palveluiden kokonaismäärä suhteutettuna alueen väkilukuun (vuoden 2016 tilastojen perusteella). Lukumäärät eivät kuvaa palvelujen piirissä olevien henkilöiden määrää vaan annettuja tai myönnettyjä palveluita. Tarkasteluun on otettu seuraavat palvelut: *asunnonmuutostyö ja asuntoon kuuluvat laitteet ja välineet, henkilökohtaisen avun asiakkaiden määrä, kehitysvammaisten henkilöiden määrä erilaisissa asumispalveluissa ja vaikeavammaisten palveluasumisessa, työllistämistä tukevien toimintojen sekä työ- ja päivätoiminnan piirissä olevien määrä, kodinhoitoapua saaneiden vammaistalouksien määrä, alle 65 vuoden ikäisiä hoitavien omaishoidontuen päätösten määrät sekä vammaispalvelulain mukainen kuljetuspalvelu.*

Lisäksi kuviossa on Kelan vammaisuuden perusteella maksamien etuuksien saajien määrä väkilukuun suhteutettuna 1000 asukasta kohden. Koko maassa vammaisasetuksia myönnettiin 1 000 asukasta kohden noin 50 ihmiselle (49,9). Vammaisuuden perusteella myönnettyjen palvelujen määrä oli tuhatta asukasta kohden noin 65 (65,2). Vastaavat luvut olivat Satakunnan maakunnassa seuraavat: vammaisasetuksien piirissä oli 58 (57,7) henkilöä 1000 asukasta kohden ja myönnettyjen palveluja määrä 1000 asukasta kohden oli 56 (55,9). Palveluiden myöntämisperusteet ja vammaisasetuksien saamisen kriteerit poikkeavat toisistaan, eikä näin ollen vammaisasetuksia saavien henkilöiden määrää voi suoraan pitää palveluita tarvitsevien määränä. Voidaan olettaa, että vammaisasetuksia saavissa on runsaasti sellaisia henkilöitä, jotka eivät ole vammaispalveluiden piirissä. Mutta nämä henkilöt saattavat saada muita palveluja esimerkiksi sosiaali- huoltolain perusteella. Palvelujen kattavuus edellyttäisi laajempaa selvitystä yhdessä tarvearvioinnin kanssa.

Kaksi suurinta palvelukokonaisuutta myönnettyissä palveluissa ovat henkilökohtainen apu ja liikumisen palvelut.

Henkilökohtaisessa avussa palvelun käyttäjien määrä koko maassa oli 383 henkilöä 100 000 asukasta kohden. Vastaava luku oli Satakunnassa 453. Asiakas-

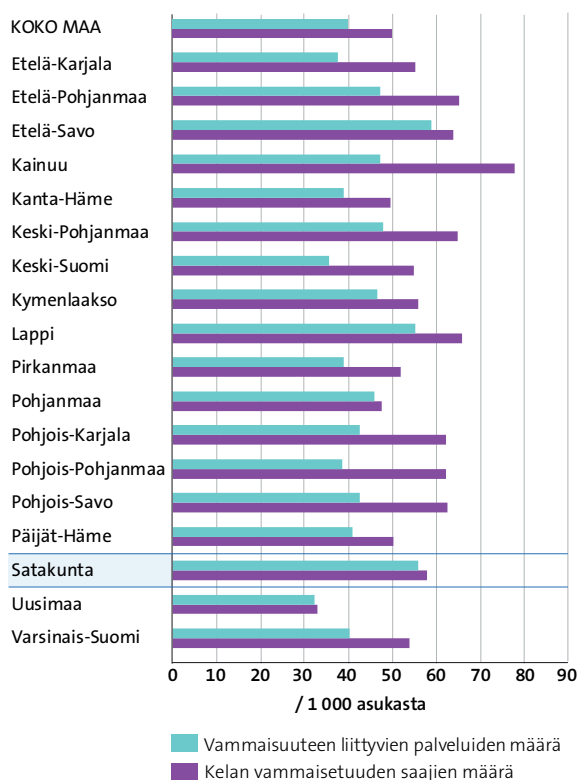
määrä ei kerro siitä, kuinka paljon henkilökohtaista apua on kullekin asiakkaalle myönnetty ja onko palvelu ollut riittävää ja vaikuttavaa.

Liikkumisen palvelut sisältävät hyvin monenlaisia palveluita. Erityispalvelujen tarpeeseen vaikuttavat alueelliset olosuhteet, esteettömyys ja palvelurakenne sekä tietenkin yksittäisten ihmisten tarve liikkua. Satakunnassa vammaispalvelulain mukaisia kuljetuspalvelun saajia oli 100 000 asukasta kohden 2752. Vastaava luku oli koko maassa 1783. Sosiaalihuoltolain mukaisia kuljetuspalveluita Satakunnassa sai 100 000 asukasta kohden 265 henkilöä kun koko maan vastaava luku oli 391.

Tarkasteluvuonna (2016) *vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja taloudellisten tukitoimien menot* koko maassa asukasta kohden olivat 117 euroa. Satakunnassa vastaava luku 132 euroa, kun suurin euromäärä koko maassa oli 170 euroa / asukas. Maakuntien matalin euromäärä oli 92 euroa / asukas. Kokonaiskustannusanalyysia varten pitäisi huomioon ottaa vähintäänkin kehitysvammalain mukaisten palveluiden kustannukset sekä tieto siitä, millaisia ovat alueen yleiset palvelut ja esteettömyys. Saavutettavat ja toimivat yleiset palvelut vähentävät erityispalveluiden tarvetta.

Kuvio 11

Vammaisasetuksia saavien henkilöiden ja vammaisuuteen liittyvien palveluiden määrän suhde väestöön vuonna 2016



Ikäihmisten palvelut

Ikääntyneen väestön toimintakyky on hieman maan keskiarvoa heikompi. 75 vuotta täyttäneistä 29 prosentilla on suuria vaikeuksia arkiaskareissa (koko maassa 25 %:lla). Riskiryhmien seuranta ja ennaltaehkäisevien terveyspalvelujen toimintaa kuvaa kausi-influenssarokotteen kattavuus, joka 65 vuotta täyttäneillä on Satakunnassa hieman keskiarvoa heikompi. Satakunnassa rokottamattomia on 58 prosenttia, koko maassa 53 prosenttia.

Iäkkäiden palveluissa tavoitteena on, että kotona voi asua mahdollisimman pitkään. Satakunnassa säännöllisen kotihoidon piirissä oli vuoden 2016 marraskuussa 75 vuotta täyttäneistä naisista 11 prosenttia ja miehistä 8 prosenttia. Kattavuus on maan keskitasoa. Kotihoidon asiakas saa Satakunnassa keskimäärin 13 kotikäyntiä viikossa, mikä on maan keskitasoa. Lisääntyvä kotihoito edellyttää, että kotiin voi tarvittaessa saada myös intensiivistä hoitoa, yli 60 kotihoidon käyntiä kuukaudessa, sekä ympärivuorokautista kotihoitoa. Koko maassa 33 prosenttia yli 75-vuotiaista kotihoidon asiakkaista sai intensiivistä hoitoa, Satakunnassa 27 prosenttia. Satakunnassa noin kahdella kolmesta kotihoidon asiakkaista (62 %) on mahdollisuus saada ympärivuorokautista kotihoitoa, kun koko maassa on mahdollista keskimäärin 78 prosentille asiakkaista. Palvelurakenne painottuu hieman keskiarvoa enemmän tehostettuun palveluasumiseen ja laitoshiin.

Muistisairaat ovat suurin iäkkäiden palveluja käyttävä asiakasryhmä. Kotihoidossa vain joka kolmannen asiakkaan kognitio on normaali, mutta kaikilla oireilevilla ei ole muistisairausdiagnoosi. Satakunnassa säännöllisistä kotihoidon asiakkaista 15 prosentilla oli muistisairausdiagnoosi, (koko maassa 20 %). Panostus muistisairauksien tunnistamiseen kotihoidossa on keskiarvoa heikompi. Omaishoidon tuen valtakunnallinen kattavuustavoite on viisi prosenttia yli 75-vuotiaasta väestöstä. Satakunnassa omaishoidon kattavuus oli 5 prosenttia, ja 28 prosenttia omaishoidossa olevista sai kotihoidon tukipalveluja, mikä on maan keskitasoa.

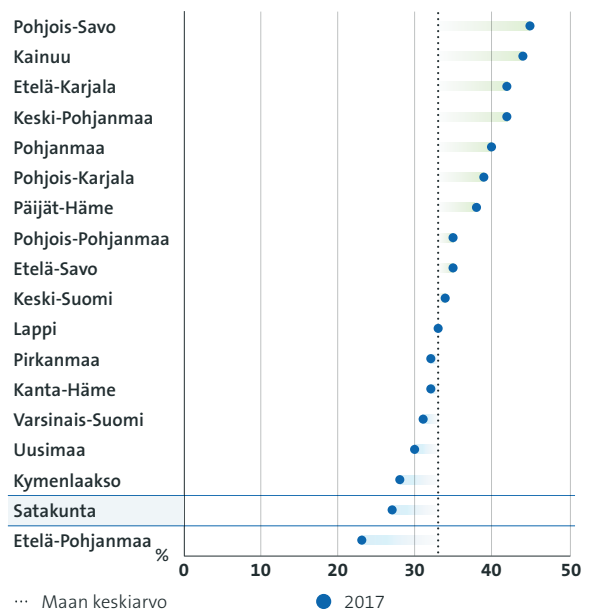
Koko maassa iäkkäiden palvelurakenne on kevennyt, mikä on merkinnyt kotihoidon palvelujen käyttäjämäärien ja menojen kasvua. Satakunnassa iäkkäiden palvelujen menoista 28 prosenttia on käytetty kotihoidon palveluihin (vrt. koko maassa 32 %). Tämä panostus kotona asumisen tukemiseen on maan keskiarvoa alhaisempi, ja palvelurakenteen muutos kotihoidon palveluiksi on edennyt muuta maata hitaammin. Kotihoidon nettokäyttökustannukset (euroa/asukas) olivat Satakunnassa 187 ja koko maassa 172 euroa.

Kotihoidossa toimivista työntekijöistä suurin osa on lähihoitajia, eikä maakuntien välillä ole juurikaan eroja lähihoitajien osuudessa. Sen sijaan sairaanhoitajien määrä vaihtelee maakunnittain (9,6–18,5 %). Satakunnassa sairaanhoitajia (11 %) on hieman vähemmän kuin koko maassa (13 %), mutta sairaanhoitajien tekemän välittömän työajan osuus kokonaistyöajasta oli Satakunnassa muuta maata suurempi (44 % vs. 37 %). Voikin arvioida, että sairaanhoitajien palvelujen saatavuus kotihoidossa on Satakunnassa kokonaisuudessaan maan keskitasoa. Lähihoitajilla välitön työaika on maan keskitasoa (60 %).

Tavoitteellisella kuntoutuksella pyritään säilyttämään kotihoitoa saavan aktiivisuus ja elämänlaatu mahdollisimman hyvänä. Suurimmalla osalla kotihoidon asiakkaista tulisi olla tehtynä kuntoutussuunnitelma. Satakunnassa 22 prosenttia kotihoidon toimeksiköistä tekee systemaattisesti asiakkailleen kuntoutussuunnitelman. Se on maakuntien keskitasoa vähemmän. Kotihoidon henkilöstön kivunhoidon osaamisessa on Satakunnassa kehitettävää. Asiakkaista 31 prosenttia saa palvelunsa toimeksiköistä, jossa kivunhoidon osaaminen on ”hyvä”; koko maassa osuus on 44 (vaihteluväli 8–85 %). Asiakaspalautetta kerätään asiakkailta, omaisilta ja henkilöstöltä vaihtelevasti (vaihteluväli 41–94 %, riippuen vastaajatahosta). Satakunnassa palautetta kerätään asiakkailta hyvin, 90 prosentilta, kun koko maassa vastaava osuus on 76.

Kuvio 12

Kotihoidossa intensiivistä hoitoa saavien asiakkaiden osuus (%)



Satakunnassa palvelurakenteiden keventäminen on käynnissä oleva prosessi. Lisäämällä intensiivisen kotihoidon määrää ja ympärivuorokautisen hoivan valmiutta nykytasolta voidaan raskaimpien palveluiden tarvetta myöhentää. Muistisairauksia diagnosoidaan kotihoidossa selvästi maan keskiarvoa vähemmän. Omaishoidon tuen kattavuus on valtakunnallisen suosituksen tasolla.

Satakunnassa sairaanhoitajia on kotihoidossa hieman vähemmän kuin koko maassa. Kuitenkin sairaanhoitajien tekemän välittömän työajan osuus kokonaistyöajasta oli Satakunnassa muuta maata suurempi. Voikin arvioida, että sairaanhoitajien palvelujen saatavuus kotihoidossa on Satakunnassa kokonai-

suudessaan maan keskitasoa. Kotihoidon henkilöstön kivunhoidon osaamisessa on edelleen kehitettävää, koska se on maan keskitasoa heikompaa. Satakunnan kotihoidon kustannusrasitus asukkaille on alle maan keskitason, mutta on huomiotava, että jatkossa maakunnan kotihoidon menoja tulee todennäköisesti nostamaan intensiivisen kotihoidon tarpeen kasvu. Asiakkaiden toimintakyvyn ylläpitämiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Satakunnan kotihoidon toimiyksiköistä vain 22 prosenttia tekee asiakkailleen systemaattisesti kuntoutussuunnitelman, vaikka kuntoutussuunnitelmia tulisi tehdä tarvittaessa kaikille kotihoidon asiakkaille. Asiakaspalautetta kerätään erittäin hyvin toimiyksiköissä.

Saatavuus

Maakuntien arvioinnissa saatavuutta ja saavutettavuutta tarkastellaan viiden teeman avulla. Tarkastelussa käytetään tietoja hoitoon pääsystä, lastensuojelun palvelutarpeen arviointien tekemisestä ja kotihoidon yöaikaisen palvelun tarjonnasta sekä väestökyselyn tuloksia.

Perusterveydenhuollossa saatavuutta on arvioitu tarkastelemalla lääkärin vastaanotolle pääsemistä kiirettömän asian vuoksi. Osoittimeksi on valittu se, kuinka monta prosenttia potilaista pääsee vastaanotolle viikon sisällä hoidon tarpeen arvioinnista. Lisäksi perusterveydenhuollon hoitotakuun toteutumista on käsitelty perusterveydenhuollon toimialakohtaisessa kappaleessa.

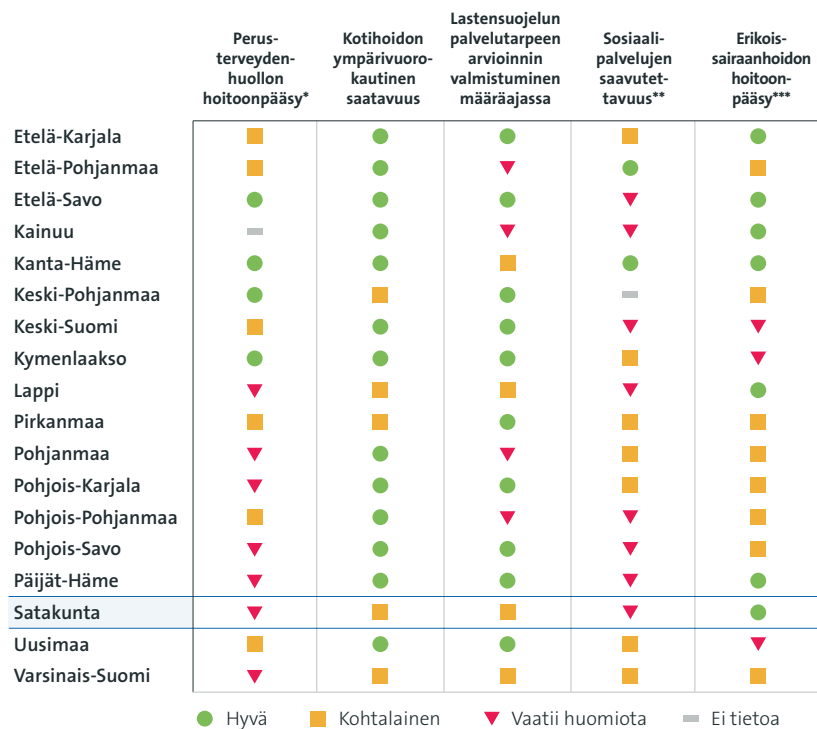
Erikoissairaanhoidosta on tarkasteltu lakisääteisen hoitoonpääsyn määräajan (6 kk) ylittäneiden potilaiden määrää suhteutettuna väestömäärään. Lääkäiden palvelujen saatavuuden mittarina on tällä arviointikierroksella käytetty kotihoidon yöaikaisen palvelun tarjontaa. Lastensuojelussa palvelutarpeen arviointien pitäisi valmistua lakisääteisessä kolmen kuukauden määräajassa; näiden osuutta tarkastellaan yhtenä saatavuuden osoittimena.

Aikuisten sosiaalipalvelujen saavutettavuuden mittarina käytetään THL:n väestökyselyssä selvitettyjä arvioita siitä, tuntuvatko sosiaalipalvelut asiakkaiden mielestä helposti saavutettavilta ja vaikuttavatko siihen hankala sijainti ja korkeat asiakasmaksut. Arvioinnissa ei ole muiden kuin sosiaalipalvelujen osalta käsitelty sitä, kuinka palvelut ovat tosiasiallisesti olleet saavutettavissa ja asukkaiden käytettävissä asiakasmaksujen, välimatkojen tai aukioloaikojen näkökulmasta. Esteettömyyttä ei ole tarkasteltu tässä yhteydessä.

Satakunnan alueella kiirettömän asian vuoksi perusterveydenhuollon lääkärille pääsyyn on syytä kiinnittää huomiota, sillä viikon sisällä vain 35 prosenttia potilaista pääsee vastaanotolle. Erikoissairaanhoitoon yli kuusi kuukautta odottaneita on vähän. Kotihoidon ympärivuorokautista hoivaa on saatavilla kohtalaisesti. Sosiaalipalvelujen saavutettavuuteen on syytä kiinnittää huomiota, tosin vain kahdessa maakunnassa saavutettavuuden arvioidaan olevan hyvällä tasolla. Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinneissa maakunnassa on onnistuttu kohtalaisesti, sillä noin seitsemän prosenttia arvioinneista ylittää kolmen kuukauden määräajan.

Kuvio 13

Palveluiden saatavuus Satakunnassa



* Lääkärille kiirettömän asian vuoksi

** Väestökysely

*** Yli 6 kk odottaneet

Laatu ja vaikuttavuus

Maakuntien arvioinnissa laatua ja vaikuttavuutta tarkastellaan viiden teeman avulla: perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, ennaltaehkäisy näkökulma, sosiaalipalvelut ja terveydenhuollon asiakastytyvyys. Kustakin alueesta on valittu 1–3 indikaattoria. Laatu ja vaikuttavuus ovat laajoja ja paljon eri asioita sisällään pitäviä käsitteitä, ja tämä tarkastelu kertoo laadusta ja vaikuttavuudesta vain valittujen indikaattorien osalta.

Perusterveydenhuollon laatua on arvioitu sen mukaan, kuinka monelle potilaalle on määrätty hoidoksi antibiootti määrittämättömään ylähengitystieinfektioon. Antibiootihoidolle ei ole perusteita ilman selkeämpää diagnoosia, mutta sitä päädytään määräämään joskus taudin pitkittyessä ilman kunnon indikaatiota. Mittari kertoo rationaalisen lääkehoidon toteutumisesta.

Erikoissairaanhoidosta on valittu tarkasteluun lonkan ja polven tekonivelen uusintaleikkauksien määrä kahden vuoden seuranta-aikana. Laatu on sitä parempi, mitä vähemmän uusintaleikkauksia joudutaan tekemään.

Ennaltaehkäisevästä toiminnasta tarkastellaan pikkulasten rokotushjelmaan kuuluvan viitosrokotteen (DTaP-IPV-Hib) kolmen annoksen rokotussarjan toteutumista. Koska on hyvin harvinaista, että lääke-

tieteellinen syy estäisi rokotussarjan aloittamisen tai sen jatkamisen loppuun, mittari kuvaa neuvolatyön laatua ja rokotusten kirjaamisen toteutumista. Valta-kunnallisesti lähes kaikille lapsille aloitetaan viitos-rokotussarja, joka suojaa kurkkumädältä, jäykkäkouristukselta, hinkuyskältä, polioltal ja Hib-bakteerin aiheuttamilta tulehduksilta. Ollakseen hyvässä suojassa henkeä uhkaavilta taudeilta lapsi tarvitsee koko sarjan. Laumaimmuneuteetti ei suojaa esimerkiksi jäykkäkouristukselta. Toiminnan laatu ja vaikuttavuus on sitä parempi, mitä korkeampi kolmen annoksen sarjan toteutumisen kattavuus on.

Sosiaalipalveluista on indikaattoriksi valittu lastensuojelun asiakkaiden asiakassuunnitelmien määrä. Lain mukaan lastensuojelun avohuollon asiakkaalle tulee tehdä asiakassuunnitelma. Asiakassuunnitelmalla on tarkoitus varmistaa, että palvelu on suunnitelmallista ja sen tuloksia arvioidaan säännöllisesti. Asiakassuunnitelmien laatimisessa on maakuntien välillä isoja eroja, mutta missään maakunnassa se ei toteudu vielä tavoitteen mukaisesti.

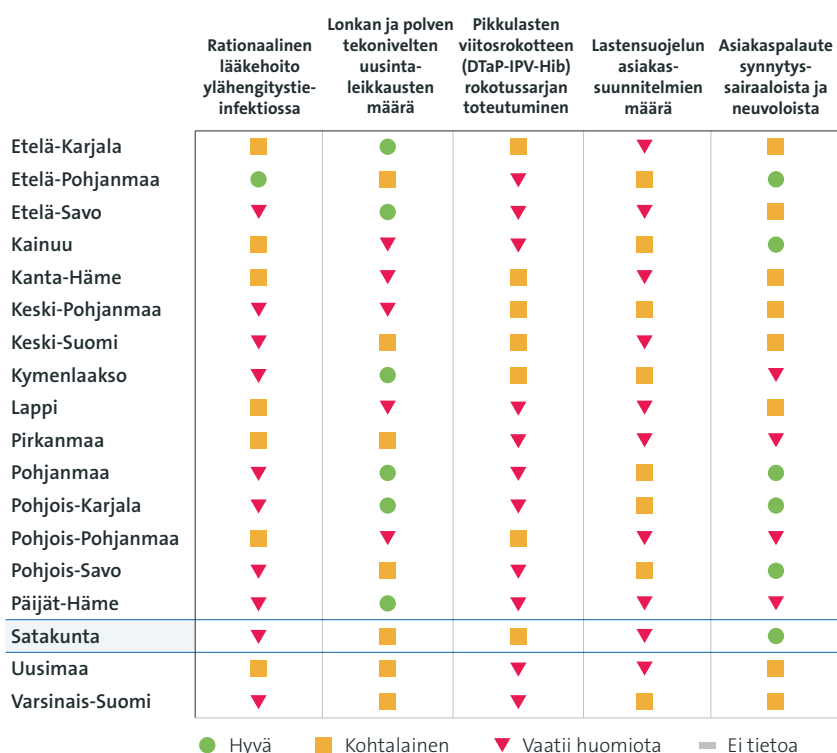
Asiakastytyvyisyydessä on huomioitu synnytys-sairaalakyselyn asiakkaiden sairaalalle antama kokonaisarvosana sekä lasten- ja äitiysneuvolakyselyjen palvelujen hyödyllisyyttä ja asiakaspalvelua mittaavat kysymykset.

Satakunnassa noin joka neljännelle määrittämättömää ylähengitystieinfektiota sairastavalle potilaalle

oli määrätty antibiootti. Eri maakunnissa luku oli 10–32 prosenttia. Lonkan tekonivelen uusintaleikkauksien määrä oli hieman pienempi kuin maassa keskimäärin, kun taas polven tekonivelen uusintaleikkauksien määrä oli maan keskitasoa suurempi. Viitosrokotteen rokotussarjan oli vuonna 2014 syntyneistä lapsista saanut 94,9 prosenttia. Rokotussarja oli aloitettu 98,8 prosentille lapsista, ja maakunnan tulisi selvittää esimerkiksi, jääkö rokotussarja kesken ilman päteviä perusteita vai onko kyse kirjaamisen tai tiedonsiirron ongelmista. Lastensuojelun avohuollon asiakassuunnitelmia oli tehty riittä-mättömästi, vain noin puolelle asiakkaista. Asiakassuunnitelma tulee lain mukaan tehdä kaikille asiakkaille. Asiakastytyvyisyys oli korkeampi kuin maakunnassa keskimäärin.

Kuvio 14

Palveluiden laatu ja vaikuttavuus Satakunnassa



Asiakslähtöisyys

Terveyspalvelujen asiakslähtöisyyttä arvioidaan kolmen väestökyselyyn perustuvan indikaattorin avulla. Valinnanvapauden edellytyksiä arvioitiin kysymyksellä, joka kartoittaa näkemyksiä mahdollisuudesta valita terveysasema, sekä summamuuttujalla, joka kuvaa terveydenhuollon hoitopaikkoja koskevan vertailutiedon riittävyyttä. Terveyspalvelujen palveluprosessien sujuvuutta on arvioitu kysymällä, millaisia kokemuksia vastaajalla on asioiden hoitamisen sujuvuudesta ja ammattilaisten välisestä tiedonkulusta terveyspalveluissa. Tulosten tulkinnassa tulee ottaa huomioon, että kyselyaineistot perustuvat pieniin kansallisiin otoksiin: niitä ei voi luotettavasti yleistää yksittäisiin maakuntiin. Lisäksi asiakslähtöisyyttä kuvataan TEAviisariin perustuvalla asukkaiden osallisuutta kuvaavalla indikaattorilla johon on summattu onko kunnissa vuonna 2017 määritelty asukkaiden osallistumisen edistämisen tavoitteet, toimenpiteet,

resurssit ja vastuut. Erikseen tarkasteltiin kuntalaisten mahdollisuuksia saada kunnan verkkosivuilta tietoa osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksistaan ja -keinoistaan sekä sitä, onko kunnassa laadittu osallisuusohjelma. Näiden TEAviisari tulosten tulkinnassa on huomioitava, että kyse on hallinnollisista toimista, jotka eivät vielä kerro vielä miten asukkaiden ja palveluiden käyttäjien osallisuus toiminnan tasolla toteutuu.

Satakunnassa asukkaat pitivät terveysaseman valitsemisen mahdollisuuttaan kohtalaisen yleisesti hyvänä. Vertailutietoa sen sijaan oli saatavilla heikosti, joskin jonkin verran paremmin kuin koko maassa keskimäärin. Satakunnassa asukkaat katsoivat kohtalaisen usein, että terveydenhuollon palveluprosessit toteutuivat sujuvasti. Asukkaiden osallisuuden edistäminen on Satakunnassa lähellä koko Suomen keskitasoa. Lisäksi 56 prosenttia alueen kunnista on kuvannut verkkosivuillaan kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia. Erillinen osallisuusohjelma oli laadittu kahdessa Satakunnan kunnassa.

Kuvio 15

Palveluiden asiakslähtöisyys Satakunnassa

	Mahdollisuus valita terveysasema*	Vertailutietoa hoitopaikoista*	Väestö kokee terveyspalvelut sujuviksi*	Osallistumisen edistämistoimet
Etelä-Karjala	●	▼	▼	●
Etelä-Pohjanmaa	■	■	■	▼
Etelä-Savo	■	▼	▼	■
Kainuu	■	▼	▼	▼
Kanta-Häme	■	▼	■	■
Keski-Pohjanmaa	●	▼	■	■
Keski-Suomi	■	▼	■	●
Kymenlaakso	●	▼	■	▼
Lappi	■	■	■	■
Pirkanmaa	■	▼	■	■
Pohjanmaa	■	▼	■	■
Pohjois-Karjala	■	▼	■	▼
Pohjois-Pohjanmaa	●	▼	■	■
Pohjois-Savo	■	▼	■	■
Päijät-Häme	●	▼	■	●
Satakunta	■	▼	■	■
Uusimaa	■	▼	■	●
Varsinais-Suomi	■	▼	■	■

● Hyvä ■ Kohtalainen ▼ Vaatii huomiota — Ei tietoa

* Väestökysely

Yhdenvertaisuus

Yhdenvertaisuutta tarkastellaan arvioinnissa yhtäältä tasa-arvo- ja yhdenvertaisuuslakien pohjalta ja toisaalta yhteiskunnallisen eriarvoisuuden aiheuttamien hyvinvointi- ja terveyserojen näkökulmasta.

Ensimmäisenä teemana arvioinnissa ovat maakunnan toiminnalliset lähtökohdat yhdenvertaisuuden ja sukupuolten tasa-arvon edistämiseen. Osoittimina on käytetty kuntien yhdenvertaisuus- ja tasa-arvolakeja toimeenpanevien suunnitelmien laadintaa ja väestöryhmittäisten terveyserojen raportointia. Toisena teemana arvioinnissa on erityispalveluiden järjestäminen haavoittuville ryhmille. Tällä arviointikierroksella on tarkasteltu vammaisille ja työttömille suunnattuja palveluita, joilla on tarkoitus lisätä yhdenvertaisen osallisuuden mahdollisuuksia ja kaventaa eriarvoisuudesta johtuvia terveyseroja. Vammaispalvelujen saatavuudesta kerätään tietoa koko väestölle tehtävillä kyselyillä, mutta niissä vammaispalveluiden käytöstä kertyy niin vähän kokemuksia, ettei edes viitteellistä arviota saatavuudesta voida tehdä kaikista maakunnista. Työttömien terveystarkastusten tilastointi kun-

nissa vaihtelee suuresti, joten tiedot ovat vain viitteellisiä.

Kolmantena teemana arvioinnissa on yhdenvertaisuuden ja tasa-arvon toteutuminen koko väestölle suunnatuissa palveluissa. Esimerkkinä on tässä käytetty terveyskeskuslääkärin palveluita. Arvioinnin kohteena ovat miesten ja naisten sekä ikä- ja koulutusryhmien väliset erot palveluiden koetussa riittävydessä. Palvelut riittämättömiksi kokevien osuus oli kaikissa maakunnissa sitä pienempi, mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kyse. Naiset pitivät palveluja miehiä useammin riittämättöminä; koulutusryhmien järjestys vaihteli maakunnasta toiseen. Jatkossa on tarkoitus arvioida palveluiden yhdenvertaista saatavuutta, saavutettavuutta ja laatua myös muiden yhdenvertaisuus- ja tasa-arvolakien tarkoittamien henkilöön liittyvien syrjäintäperusteiden mukaan. Tällöin voidaan tarkastella muun muassa ulkomaalaistaustaisia ja eri kieli-ryhmiä. Yhdenvertaisuuden tarkastelu on toistaiseksi vain suuntaa antavaa. Tietopohjaa haavoittuvien ryhmien palvelutarpeen selvittämiseksi on laajennettava jatkossa.

Satakunnan kunnissa suunnitelmia yhdenvertaisuuden ja sukupuolten tasa-arvon edistämiseksi kun-

nän toiminnassa on laadittu koko maan keskiarvoa enemmän. Väestöryhmien välisistä terveyseroista valtuustolle raportoivien kuntien osuus kaikista kyselyyn vastanneista alueen kunnista oli Satakunnassa keskitasoa pienempi. Alle 40 prosenttia vammaispalveluita tarvinneista koki palvelut riittämättömiksi. Työttömien terveystarkastuksia oli kirjattu alueen kuntien perusterveydenhuollossa vähemmän kuin keskimäärin (koko maassa 0,3–5 % työttömistä työnhakijoista). Väestöryhmien väliset erot siinä, kuinka moni oli mielestään saanut tarpeeseensa nähden riittämättömästi terveyskeskuslääkärin palveluita, olivat keskimäärin suuret. Etenkin sukupuolten välillä oli suuri ero, kun taas ikä- ja koulutusryhmien väliset erot olivat keskitasoa. Satakunnassa yhdenvertaisuuden edistämisen haasteita vähentää väestön hyvä terveys. Koulutuksen ulkopuolelle jääneiden nuorten osuus, rakennetyöttömyys ja muita kuin kotimaisia kieliä äidinkielenään puhuvien osuus ovat keskitasoa.

Kuvio 16

Palveluiden yhdenvertaisuus Satakunnassa

	Yhdenvertaisuus- ja tasa-arvo-suunnitelmat	Väestöryhmittäisten terveyserojen raportointi valtuustolle	Riittämätön vammais-palvelujen saanti*	Työttömien terveys-tarkastukset	Erot sukupuolten, ikä- ja koulutus-ryhmien välillä terveyskeskus-lääkäripalvelujen saannissa*
Etelä-Karjala	▼	●	■	●	●
Etelä-Pohjanmaa	▼	▼	■	●	▼
Etelä-Savo	●	●	▼	▼	●
Kainuu	●	■	—	●	▼
Kanta-Häme	▼	▼	—	▼	●
Keski-Pohjanmaa	■	■	—	●	■
Keski-Suomi	▼	■	●	■	●
Kymenlaakso	▼	▼	—	▼	■
Lappi	●	●	—	■	■
Pirkanmaa	■	●	■	●	■
Pohjanmaa	▼	▼	—	▼	■
Pohjois-Karjala	■	■	●	●	▼
Pohjois-Pohjanmaa	●	●	■	■	●
Pohjois-Savo	■	●	▼	▼	●
Päijät-Häme	■	■	■	▼	●
Satakunta	●	▼	●	▼	▼
Uusimaa	■	■	▼	▼	▼
Varsinais-Suomi	●	▼	●	▼	▼

● Hyvä

■ Kohtalainen

▼ Vaatii huomiota

— Ei tietoa

* Väestökysely

Kansalliset lähteet

Ammattibarometri. www.ammattibarometri.fi

Aro Timo & Aro Rasmus: Seutukuntien elinvoimaindeksi. Helmi-kuu 2016. <https://www.slideshare.net/TimoAro/seutukuntien-elinvoimaindeksi-2016>

Häkkinen Pirjo & Matveinen Petri. Sairaaloiden tuottavuus 2015. Tilastoraportti 6/2017, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Lääkäriliitto. Terveyskeskusten lääkäritilanne. <https://www.laakariliitto.fi/tutkimus/laakarityovoima/>

Maakuntien rahoitus siirtymäkauden aikana 2019–2024, muutos suhteessa lähtötilanteeseen. Valtiovarainministeriö 18.5.2017

Nybondas-Kangas, Henrika & Pakarinen, Terttu & Heiskanen, Margareta & Hotti, Anne; Juutinen, Mika & Paakkonen, Niina & Ruskoaho, Juho & Hakonen, Anu. Sote- ja maakuntauudistuksen henkilöstövaikutusten ennakkoarviointi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 49/2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-419-1>

Ranta, Tommi & Manu, Samuli & Laasonen, Valtteri & Uusikylä, Petri & Leskelä, Riikka-Leena. Kohti uusia maakuntia Sote- ja maakuntauudistuksen toimeenpanon esivalmisteluvaiheen yhteenvedo. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 74/2017.

TEM: Alueellinen matkailutilinpito. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 21/2017.

TEM: Alueiden vahvuuksien analyysi. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. 24/2017.

TEM (Repo, Joona): Maakuntien suhdannekatsaus 2017. Tuotanto, työmarkkinat, yritystoiminta, väestö. TEM-analyysseja 78/2017

TEM Toimialapalvelu: Alueelliset kehitysnäkymät. Syksy 2017

TEM Toimialapalvelu: Toimialaraportit, Terveys- ja sosiaalipalvelut. Syksy 2017.

TEM: Työllisyyskatsaus, www.temtyollisyyskatsaus.fi

THL: Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2014. Tilastoraportti 1/2018, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Tilastokeskuksen tilastotiedot. <http://www.stat.fi>

- Väestö
- Kansantalous
- Terveys
- Koulutusaste

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet <https://www.sotkanet.fi>

- Ohjelmien seurantaindikaattorit, maakuntien seuranta- ja arviointi (simulaatioharjoitus)
- THL:n sairastavuusindeksi

Vaalavuo, Maria & Häkkinen Unto & Fredriksson Sami. Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetekijät ja valtionosuusjärjestelmän uudistaminen. Raportti 24/2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Alueelliset lähteet

Satakunnan maakuntauudistus www.satakunta2019.fi

Satakunnan sairaanhoitopiiri www.satshp.fi

Satakuntaliitto www.satakuntaliitto.fi

Satamittari. Tilasto-, tutkimus-, ja ennakointitietoa Satakunnasta. www.satamittari.fi

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos
PL 30 (Mannerheimintie 166)
00271 Helsinki

ISBN:978-952-343-062-4 (verkkojulkaisu)
ISSN 1799-3946 (verkkojulkaisu)
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-062-4>

www.thl.fi/julkaisut